

TRAITEMENT CHIRURGICAL

N° 27

DE LA

PÉRITONITE TUBERCULEUSE

AVEC ÉPANCHEMENT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 11 janvier 1899

PAR

Vincent FRANCHI

Né à Petuto (Corse), le 29 novembre 1871

EX-INTERNE DES HÔPITAUX D'ORAN

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN ET MONTANE

Ancien Hôtel de la Faculté des Sciences

1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON DOYEN
HAMELIN (✱) ASSESSEUR

Professeurs

Hygiène.	MM. BERTIN-SANS.
Clinique médicale.	GRASSET (✱).
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.	GRYNFELTT.
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (✱).
Clinique médicale.	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✱).
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique.	N...

Id.

Bosc (Ch. du c.)

Doyen honoraire : M. MAIRET (✱).

Professeurs honoraires: MM. JAUMES, DUBRUEIL (✱), PAULET (O. ✱).

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.	MM. VALLOIS, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	DE ROUVILLE, agr.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. DE ROUVILLE	MM. GALAVIELLE
RAUZIER	PUECH	RAYMOND
LAPEYRE	VALLOIS	VIRES
MOITESSIER	MOURET	IMBERT
BOSC	DELEZENNE	BERTIN-SANS

MM. H. GOT, *secrétaire*.

F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire*.

Examineurs de la Thèse

MM. ESTOR, <i>président</i> .	MM. IMBERT, <i>agrégé</i> .
GRYNFELTT, <i>professeur</i> .	LAPEYRE, <i>agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni im-

A la Mémoire de mon Grand-Père
le Docteur FRANCHI

A ma Famille

A mon Oncle
le Docteur César COLONNA D'ISTRIA

A mon Cousin
Emmanuel FRANCHI

DOCTEUR EN DROIT
SOUS-INSPECTEUR D'ENREGISTREMENT

A mon Cousin le Docteur Antoine ISTRIA

V. FRANCHI.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur ESTOR

V. FRANCHI.

INTRODUCTION

Les étudiants qui hésitent à affronter la clientèle urbaine, les timides qu'effraie la lutte pour la vie, redouteraient la dernière étape du doctorat, si la thèse ne leur permettait d'affirmer publiquement leur reconnaissance aux Maîtres. Elle leur apporte la sanction des Professeurs autorisés qui les ont façonnés aux nouvelles exigences du sacerdoce médical ; les difficultés à venir se troublent, aucune idée noire aux ailes rugueuses n'attriste ce dernier jour du vieil étudiant, il est tout à l'impérieux devoir de gratitude et l'espoir revient à lui.

Les docteurs Mondot, Guglielmi, chirurgiens de l'hôpital d'Oran, ont eu, pour nous, une attention constante, les dix mois que nous avons passés dans leur service respectif. M. Mondot nous a laissé une grande latitude à la Maternité. Sous ses auspices, nous intervenions dans son important service de gynécologie toutes les fois qu'il en surprenait le désir ; toujours il nous prodiguait des conseils que sa longue pratique chirurgicale a rendus précieux. Nous avons dû blesser souvent la vieille expérience de M. Guglielmi par la liberté que nous prenions ; mais toujours il a été, pour nous, d'une indulgence égale à l'affection qu'il nous témoignait, et il nous permettait tout.

Les docteurs Sandras, Bernauer, Lescure, Bregeat, Levy,

médecins de l'hôpital d'Oran, nous ont porté une bienveillante sympathie ; nous avons retiré de leur commerce de sérieux avantages, grâce à la sollicitude habituelle dont se louent tous les internes d'Oran.

Nous devons des remerciements particuliers au pharmacien en chef des hôpitaux d'Algérie, M. Valby, le camarade de l'Internat ; au docteur Peretti, en qui nous avons trouvé un ami lors de notre court séjour à l'hôpital de Saint-Denis.

Il nous est bien doux d'envoyer l'expression de notre profonde reconnaissance aux chefs de service d'Oran ; leur souvenir, lié au souvenir de nos trente mois d'internat, demeurera en nous vif comme tout ce qui vient du pays du soleil brûlant.

MM. les Professeurs de Montpellier reçoivent journellement des hommages plus autorisés que les nôtres ; nous les prions d'accepter le témoignage de notre grande admiration.

Nous éprouvons une gêne réelle à offrir ce très modeste travail à M. le professeur Estor ; qu'il nous permette de le remercier du grand honneur qu'il nous fait en présidant notre thèse. Si notre travail donnait un reflet, si pâle soit-il, de son enseignement méthodique, précis, substantiel, nous oserions dire qu'il nous l'a inspirée ; nous aurions alors conscience de connaître une des questions les plus belles de la chirurgie moderne.

Nous essayons de donner une vue d'ensemble sur le traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse avec épanchement ; nous nous étendrons sur le manuel opératoire, question à peine ébauchée dans différentes publications, seulement mentionnée dans d'autres ; l'étude des diverses méthodes de traitement, des indications et des contre-indications nous aura d'abord assez longuement retenu. Voici notre plan :

- I. — Historique du traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse avec épanchement ;
- II. — Péritonite tuberculeuse avec épanchement ;
- III. — Méthodes diverses de traitement ;
- IV. — Statistique ;
- V. — Observations ;
- VI. — Indications et contre-indications de l'intervention ;
- VII. — Manuel opératoire — lavage — drainage — suites et complications ;
- VIII. — Mode d'action de la laparatomie — conclusions.

Notre développement est personnel ; on s'en rendra compte à chaque chapitre. Nous avons consulté les auteurs qui ont plus ou moins écrit sur la péritonite tuberculeuse ; nous avons fusionné le tout en tenant compte des données anciennes et récentes. Que nos juges prennent en considération nos efforts ; si nous restons inférieur à notre tâche, nous les prions de nous accorder leur indulgence la plus large pour cette œuvre de bonne foi.

TRAITEMENT CHIRURGICAL
DE
LA PÉRITONITE TUBERCULEUSE
AVEC ÉPANCHEMENT

I

HISTORIQUE

Le traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse avec épanchement est aussi vieux que la chirurgie ; l'ascite a été connue de tout temps ; de tout temps, la tuberculose n'a pas intéressé l'appareil respiratoire seul ; le péritoine a payé son tribut, comme les autres organes ; le sens clinique n'était pas assez éduqué pour différencier les divers épanchements de l'abdomen, qui furent longtemps un chaos inextricable ; on intervenait contre l'ascite, on traitait ainsi la péritonite tuberculeuse quand l'épanchement était dû à cette dernière affection.

Le procédé opératoire a varié suivant les époques et suivant le but recherché ; or, le but recherché était de vider le ventre. Hippocrate en avait déjà tracé les règles ; sa méthode peu appréciée par les Romains, pratiquée par Celse, fut longtemps

laissée dans l'oubli d'où la tira Aquapendente. Jusqu'à la découverte du trocart, due à Sanctorius, condisciple d'Ambroise Paré, on incisait, à l'instrument tranchant, sur divers points de l'abdomen ; près de l'ombilic ou près des lombes, enseignait Hippocrate ; on se servait d'une canule comme d'un robinet, pour évacuer l'épanchement à volonté. Langstaff pratiquait une incision, à deux pouces au-dessous du nombril, *mettait le péritoine à nu*, le perçait avec un trocart de dimension moyenne, qu'il enfonçait légèrement. Que son bistouri arrivé sur le péritoine le blesse par mégarde ou que son trocart fasse une ouverture trop large pour être retenu, nous avons, à toutes choses égales, le traitement actuel ; il n'était pas encore le profane qui, impunément, attaquerait largement et avec désinvolture ce véritable voile sacré. Giovanni Pagano introduisait dans l'ouverture thoracique une corde à boyaux qu'il retirait tous les deux ou trois jours, pour laisser couler la sérosité. La péritonite tuberculeuse avec épanchement n'était pas encore comprise parmi les 40 espèces décrites par Morton, ni parmi les 14 de Portal. Morgagni, Sauvages mentionnent de « petites inégalités, de petits globules, de forme et de grosseur différentes » trouvés sur l'intestin à l'autopsie et de « l'eau d'un jaune vert » dans le ventre.

L'inflammation chronique du péritoine n'avait pas, d'après les auteurs, son existence propre ; ce n'est que Bichat qui la sépare des autres phlegmasies de l'abdomen. Broussais, Louis, en France ; Baron, en Angleterre, en défendent l'existence. Alors, des procédés variés pour modifier l'état local, pour produire une irritation substitutive de la séreuse péritonéale.

Chandon, en 1819, se sert d'un sac de baudruche vide, qu'on souffle ensuite et qu'on remplit de liquide, de manière à irriter une plus grande étendue de séreuse. Brunier, le premier, soumet le péritoine à une véritable ébriété ; il injecte un mélange d'alcool camphré, de vin rouge, d'aloès, de myrrhe. Warich,

emploie les eaux de Bristol ; Lhomme (1824), des vapeurs de vin ; Broussais (1832), le protoxyde d'azote ; Joubert de Lamballe, un mélange d'eau d'alcool, de décoction de quinquina (1833). Velpeau popularise les injections de teinture d'iode (1838). Cette méthode produisit un enthousiasme exagéré jusqu'en 1853, où elle donna lieu à de grandes discussions à l'Académie de médecine. Vidal de Cassis la combattit avec acharnement.

L'histoire véritable commence avec le cas classique de Spencer Wells [1862] (Obs. I). Le baron Larrey avait communiqué à l'Académie de médecine, en 1822, l'observation d'une dame qui était atteinte d'une hernie crurale et d'ascite ; elle fut opérée pour sa hernie étranglée, et l'opérateur la guérit de ses deux maladies ; mais ce cas isolé ne devait pas avoir la valeur inductive de l'heureuse erreur de Spencer Wells. La nouvelle thérapeutique chirurgicale, ouvrir le ventre uniquement, ne fit guère de progrès tout d'abord ; les chirurgiens redoutaient les interventions sur les séreuses ; ils éprouvaient, pour le péritoine, une crainte égale à celle qui les en éloignait avant la méthode antiseptique.

Kœnig, en 1884, dans un premier travail, publie trois observations de péritonite tuberculeuse traitées de propos délibéré par l'ouverture de l'abdomen ; il préconise la laparatomie comme traitement rationnel de la péritonite tuberculeuse dûment diagnostiquée ; il s'appuie sur ses trois cas. L'erreur de Spencer devient traitement ; l'intervention prend en ligne de compte le diagnostic, elle est raisonnée, elle est voulue, c'est une méthode. On accepte avec hésitation la laparatomie comme agent mystérieux de guérison.

M. Truc, en 1886, dans sa thèse d'agrégation, parvient à réunir onze cas ; il ranime cette question, sur laquelle le scepticisme chirurgical des médecins jetait déjà l'oubli ; il est cause d'une émulation réelle.

Les sociétés savantes s'y arrêtent; au XVI^e congrès des chirurgiens allemands (1887), Kummel rapporte une statistique de trente cas traités par la laparatomie avec deux morts seulement. La même année, Audry de Lyon comptait 63 opérations; Carré, d'Avignon, dit l'avoir pratiquée 11 fois avec 9 guérisons; Roosemburg, Naumann, Cabot, Clarke apportent de nouveaux cas; en 1889, Maurange peut tirer des conclusions de l'étude de 71 observations; à la VI^e réunion de la Société italienne de chirurgie tenue à Bologne en 1889, Cecherelli affirme connaître 86 cas; au congrès français de chirurgie en 1889, Démosthène donne des instructions précises sur l'intervention; en 1890, Routier analyse 90 observations; la même année, au congrès international de Berlin, Koenig fait une importante communication sur 131 cas; presque en même temps, Pic en réunissait 138; un mémoire de Lundfors porte sur 108 opérations. Lindner, dans un intéressant travail publié dans le livre jubilaire de Thiersch, en résume 205 cas; les communications de Pribram, Vierodt, Czerny, Osler en Allemagne; de Ceci, Guastavino, Ruggi, Turazza, en Italie; de Keetley, Knaggs, Marsh, en Angleterre; Demons, Labbé, Routier, Terrillon, Richelot, Lejars, Jeannel, Bouilly, etc., etc., en France, permettent à Aldibert de colliger 322 observations; Roersh, en 1893, en apporte 50 nouvelles; à côté de ses travaux viennent s'en placer une foule d'autres qui tous s'efforcent d'apporter un point nouveau à l'étude de la question; nous avons relevé 65 nouvelles observations: 13 de Lafont, 19 de Clavier, le reste disséminé un peu partout. Ceci donne un chiffre de 423 cas qui nous servira pour un essai de statistique générale; disons dès maintenant que, suivant différents auteurs, le succès opératoire se maintient entre 70 et 96 0/0; la guérison même après, 1, 2, 5, 6, 9, 11, 25 ans, a été constatée dans plus du tiers.

On s'explique ainsi que ce mode de traitement ne soit plus chimérique ni l'apanage de quelques téméraires ; il est devenu du domaine général de la chirurgie ; d'aucuns se contentent d'ouvrir le ventre, de vider, de fermer ; d'autres lavent ; ils saupoudrent parfois et quelquefois aussi laissent des mèches de gaze imprégnées d'agents antiseptiques ; tous sont certains du succès ; l'amélioration passagère ne leur est jamais refusée et très souvent la guérison, une guérison durable, leur donne raison. Les médecins ont toléré cet empiètement sur une des régions et pour une maladie qui était autrefois leur domaine propre ; ils opposaient encore une foule d'objections ; elles disparaissent presque toutes devant les dernières communications de Lejars, Poirier, Routier (*Société de chirurgie*, juin 1898) ; Quenu, Brun, Potherat (30 novembre 1898).

II

PÉRITONITE TUBERCULEUSE AVEC ÉPANCHEMENT

Nous éliminons de cette étude les péritonites localisées (péribépatite, périsplénite, pelvipéritonite, péritonite herniaire, pérityphlite), auxquelles le voisinage des viscères intéressés donne une physionomie spéciale. Elles se présentent généralement sous la forme d'une poche enkystée mono ou multiloculaire renfermant un liquide séreux ou purulent (Marfan). Nous ne nous occuperons ici que des péritonites généralisées.

Quelques auteurs ont considéré de nombreuses variétés. Boulland avait pris comme base de sa classification l'évolution du tubercule dans la séreuse péritonéale ; il décrivait une forme miliaire correspondant à la granulation grise ; une forme ulcéreuse qui apparaît quand la dégénérescence caséuse a commencé ; enfin une forme fibreuse, quand le tubercule évoluant vers la guérison subit une transformation fibro-caséuse. A cette classification suffisante au point de vue médical, elle est basée sur l'évolution clinique, on a reproché d'être incomplète au point de vue anatomo-pathologique, car telle forme se transforme facilement en telle autre ; elle a été longtemps respectée. Aldibert a proposé une classification anatomo-pathologique très ingénieuse, d'un très grand intérêt, éclairant singulièrement le pronostic post-opératoire ; l'intervention chirurgicale n'avait pas été heureuse dans toutes les formes de péritonite tuberculeuse et cette classification était d'une très grande utilité ; elle établissait entre les formes de la péritonite

tuberculeuse des séparations tranchées ; mais certaines de ses observations pourraient figurer dans un groupe aussi bien que dans l'autre, parce que les lésions dont elles font mention étaient multiples, variées et à des degrés différents. En clinique, le problème gagne à être simplifié. Marfan, Jalaguier admettent une forme miliaire aiguë et une forme chronique (ascitique, ulcéreuse, fibro-adhésive (Jalaguier), ascitique pure, fibrocâséeuse, avec ou sans ascite, fibro-adhésive (Marfan).

Nous nous plaçons au point de vue des indications opératoires telles qu'elles sont comprises aujourd'hui, telles qu'elles nous intéressent ; il nous paraît possible, pour le besoin de notre cause du moins, de réduire ces formes complexes ; c'est dans l'étude des contre-indications, que les variétés ascitiques anciennement étudiées pourront apparaître ; c'est dans l'exposé du manuel opératoire que l'on aura à envisager les formes ulcéreuses, adhésives, etc., et en tenir compte pour interpréter les modifications plus ou moins durables attendues de la laparotomie. Ainsi, pour nous, sans prétention aucune à classification, mais uniquement pour simplifier notre étude : la séreuse pariétale comme la séreuse viscérale est recouverte de granulations tuberculeuses, souvent isolées comme un semis à la surface du péritoine et provoquant un épanchement plus ou moins abondant : forme *ascitique* ; il se produit en même temps des fausses membranes qui cloisonnent quelquefois l'épanchement en plusieurs poches isolées ; — les granulations tuberculeuses en irritant le péritoine ont provoqué la production de fausses membranes qui relient les anses intestinales et le grand épiploon en une masse irrégulière adhérente à la paroi abdominale ; dans ces formes membraneuses plastiques, il se produit souvent des foyers de suppuration enkystés dont le volume est parfois considérable ; forme *membraneuse* ; l'ascite n'existe pas seulement dans la forme ascitique, la suppuration n'appartient pas seulement aux formes membraneuses ;

- o maintenant, que le liquide soit citrin, sanguinolent, séropurulent, purulent, même chyleux (Mme Pelée, Letulle, Secretan), y a épanchement : *péritonite avec épanchement*.

On trouve dans un aperçu de certains points de l'étiologie l'explication de la durée variable de la guérison amenée par le traitement chirurgical. Il n'existe qu'une seule cause de péritonite tuberculeuse : la pénétration du bacille de Koch dans le péritoine par des voies multiples et d'importance variable ; pour les uns, l'intestin ulcéré est la porte d'entrée habituelle (Kœnig) ; pour d'autres la tuberculose intestinale serait rarement la cause de l'infection (Marfan) ; l'altération de la muqueuse n'est pas nécessaire, les bacilles peuvent pénétrer à travers une muqueuse saine (Dobroklonski). On a incriminé la dégénérescence caséuse des ganglions mésentériques (Lannelongue, Lejars) ; une autre voie suivie par le bacille serait celle des organes génitaux ; chez l'homme : tuberculose de la prostate ou des vésicules séminales causée elle-même par l'infection de même nature de l'épididyme ; chez la femme : salpingite tuberculeuse, tuberculose des annexes. Vierordt relate l'histoire d'une enfant atteinte de péritonite chez laquelle apparut un épanchement vaginal ; l'examen bactériologique montra de nombreux bacilles de Koch. Par la circulation lymphatique du diaphragme, la pleurésie peut survenir dans le cours de la péritonite, réciproquement celle-ci peut succéder à la pleurésie ; d'après une statistique de Kœnig, la tuberculose pleurale fait défaut dans la moitié des cas de péritonite. Enfin le bacille atteint la séreuse par la circulation sanguine. La virulence du bacille est grande, la résistance de l'organisme attaqué, faible, il en résultera une tuberculose aiguë ; les conditions sont inverses, on aura une « bacillemie légère ».

Les causes ordinaires sont celles de la tuberculose en général : surmenage, alimentation défectueuse (lait et viande de vaches tuberculeuses), alimentation insuffisante, chagrins, pri-

vation d'air et de soleil, encombrement. J.-J. Rousseau avait saisi cette raison : « Plus les hommes se rassemblent, plus ils se corrompent. Les infirmités du corps ainsi que les vices de l'âme sont l'infailible effet d'un concours trop nombreux. L'haleine de l'homme est mortelle à ses semblables ; cela n'est pas moins vrai au propre qu'au figuré » (*Emile*). La péritonite tuberculeuse est survenue à la suite d'un traumatisme (obs. Telmouche, Biat, Lucas-Championnière) ; chez les brightiques, les cirrhotiques, les cardiaques, l'ascite produit de l'irritation péritonéale, cause d'éclosion de tuberculose (Lancereaux, Garandeaux). On l'a rencontrée dans l'alcoolisme, le saturnisme, la syphilis, la fièvre intermittente, le rhumatisme, à la suite de la fièvre typhoïde ; l'énumération de ces états morbides montre qu'il serait malaisé d'évoquer un antagonisme influent sur le processus scléreux. On note souvent l'absence d'antécédents héréditaires.

Le maximum de fréquence se trouve entre 20 et 30 ans ; de 30 à 50, elle serait moitié moins fréquente ; Laënnec, dans son traité d'auscultation, cite deux observations de 60 à 66 ans ; Maleval (1894), quelques cas de vieillards de 70 à 73 ans ; plus commune chez la femme que chez l'homme, Maleval prétend qu'elle est rare chez l'enfant et n'en rapporte que 92 cas sur près de 6.000 enfants entrés à la Charité de Lyon, pendant plusieurs années ; avant six ans, elle serait l'exception ; M. Brault, d'Alger, a opéré une petite fille de 5 ans (obs. XVI). Cette notion d'âge a son importance ; le passé pathologique de l'homme âgé, dont les habitudes, les conditions hygiéniques, les maladies accidentelles, les intoxications ont, dès longtemps, modifié l'organisme, met souvent obstacle à une guérison définitive.

Il existe trois *modes de début* : 1° début lent et insidieux sans symptômes bien nets (Grisolle) ; 2° début fébrile aigu avec phénomènes péritonéaux (Hemey) ; 3° début fébrile aigu

sous forme de phtisie générale suivie de localisation rapide sur le péritoine. Le ventre augmente de volume, graduellement, lentement, avec douleur ou sans que le sujet en soit incommodé. Quand la douleur existe, elle est accrue par la percussion, la palpation ; la paroi abdominale est quelquefois si distendue que le malade, par refoulement du diaphragme, est en proie à une dyspnée nécessitant une intervention rapide. La percussion de l'abdomen donne un son clair dans toute l'étendue ou bien sonore en certains points et mat en d'autres ; elle forme la matité en damier. Si le liquide est très abondant (jusqu'à 18 litres), la matité occupe les parties déclivées de l'abdomen et sa limite supérieure est une ligne courbe à concavité supérieure, sorte de croissant. Cette ligne se déplace dans les mouvements du sujet. Il y a une fluctuation manifeste. Si la péritonite est enkystée on sent une masse dure, inégale, peu fluctuante, un peu mobile, siégeant presque toujours dans l'un ou l'autre hypocondre, surtout dans celui de gauche ; l'ascite, tout en donnant la sensation de flot, ne semble pas libre dans la cavité abdominale et la matité qui la révèle ne se déplace pas quand le malade change de position ; cela indique qu'il y a des cloisons néo-membraneuses. Souvent on voit une circulation abdominale supplémentaire et de l'œdème des parois abdominales et des membres inférieurs ; cet œdème apparaît après l'ascite.

La diarrhée survient très souvent dès le début, quelquefois dans le cours de la maladie ; elle peut être sanguinolente, elle n'est pas toujours persistante, elle s'arrête et alors elle est suivie de constipation. Les vomissements ne se constatent pas dans toutes les péritonites tuberculeuses, on les rencontre plus fréquemment dans la forme sèche, ils se manifestent surtout à l'occasion de recrudescences inflammatoires, ils sont chez l'enfant d'une extrême rareté. Enfin les symptômes généraux de tuberculose se joignent aux symptômes locaux : amaigris-

sement, aspect anémique du visage, sueurs nocturnes, fièvre, en un mot tous les signes de tuberculose se pressent également dans la péritonite bacillaire.

La *marche* est continue, progressive dans la plus grande majorité des cas, mais il n'est pas rare de voir la maladie débiter par un état aigu et présenter des rémittences et des poussées successives. Un point capital à retenir dans la marche de la maladie, c'est qu'elle reste le plus souvent, au début, une tuberculose purement locale ; elle est une complication rare de la phtisie pulmonaire avérée et lorsqu'on observe des malades atteints de péritonite tuberculeuse, on ne rencontre pas toujours des lésions pulmonaires.

Le *pronostic* de la tuberculose du péritoine a été considéré fatal tant que cette maladie a dépendu de la médecine ; pour Grisolle, Aran, Guéneau de Mussy, Siredey, Danlos, la mort était l'aboutissant constant des affections tuberculeuses du péritoine, elle arrivait du 4^e au 6^e mois ; les limites extrêmes étaient de deux mois à deux ans, les malades finissaient toujours par succomber aux progrès de l'affection, la terminaison funeste était hâtée par quelques complications. L'occlusion intestinale peut survenir à toutes les périodes de l'évolution et nécessiter une intervention d'urgence. Des chirurgiens, Poncet, Le Bec, Montgomery, Knaggs, Lucas-Championnière, Richelot, Lejars, Routier, etc., ont eu occasion d'intervenir dans ces conditions.

Le *diagnostic* n'est pas toujours très commode à établir ; lorsque les fausses membranes cloisonnent l'épanchement en plusieurs poches isolées, la péritonite tuberculeuse est confondue avec une tumeur abdominale, surtout avec un kyste de l'ovaire ; en bien des cas l'autopsie a montré que ce que l'on avait pris pour une cirrhose atrophique, que ce que l'on croyait une grossesse n'était autre qu'une tuberculose péri-

tonéale. L'amaigrissement, la diarrhée, sont les deux symptômes qui se montrent le plus constamment ; mais comme ils appartiennent à une foule de maladies, à eux seuls, ils n'ont pas assez de valeur pour permettre un diagnostic ; si le sujet est porteur d'autres manifestations tuberculeuses, l'examen microscopique démontrant la présence du bacille tranchera la difficulté. L'ascite est commune à toute tumeur du petit bassin, la douleur a encore moins de valeur, les troubles généraux n'ont rien de spécifique. Nous nous contentons d'énumérer les nombreuses affections qui ont prêté à confusion, les symptômes propres à chacune d'elles permettront très souvent d'éviter l'erreur ; les affections médicales, surtout celles à caractères particuliers qu'une grande attention et l'habitude du malade grouperont, affirmeront le diagnostic : grossesse (chez une malade, on crut à une grossesse et on pratiqua l'opération césarienne (obs. Thouret, *in* Tapet) — développement simple du ventre — tympanite — carreau — certaines tumeurs du foie, de la rate — syphilis viscérale — kyste de l'ovaire — cirrhose — péritonite chronique simple, alcoolique, cancéreuse) rhumatismale — fièvre typhoïde — tuberculose des organes génitaux — kyste du mésentère — maladies kystiques du péritoine, — ascite essentielle

Kœnig, en 1884, Démosthène, au Congrès de chirurgie de 1889, exigeaient le diagnostic précis avant toute intervention. Les idées se sont un peu modifiées depuis ; sous prétexte que l'antisepsie permet bien des hardiesses, il ne faut pas négliger la clinique, mais, d'un autre côté, quand un examen répété, attentif, minutieux, ne découvre aucun signe pathognomonique, quand plusieurs hypothèses se disputent la prédominance, il n'est pas rationnel d'attendre l'apparition du symptôme éclaircisseur pour se décider à intervenir.

Depuis 1884, 1889, les tentatives que l'on a faites pour des

formes à succès opératoire réputé douteux ont été heureuses, et plus encore qu'alors la laparatomie reste un élément précieux de diagnostic. Mais c'est comme élément de traitement que nous l'étudions. Voyons d'abord les méthodes diverses que l'on a proposées et celles qu'on essaye de lui substituer.

III

MÉTHODES DIVERSES DE TRAITEMENT

La péritonite tuberculeuse est curable ; elle est restée longtemps sous la dépendance de la médecine ; quand elle a été regardée comme étant essentiellement du ressort de la chirurgie par les nombreux succès obtenus, ses résultats ont reçu des interprétations différentes ; autant de raisons pour donner lieu à des méthodes variées de traitement, procédés quelquefois conformes à l'interprétation de la guérison et aveugles souvent.

Debove (1890) a érigé en méthode générale de traitement la ponction suivie d'un lavage à l'acide borique. *Brühl*, *Mathis*, *Monnier*, se font les défenseurs de ce mode de traitement, que *Cecherelli* avait déjà recommandé au Congrès de Bologne, en 1889. Ce procédé lui a donné au moins un succès. Dans cette méthode, le lavage serait le seul agent curateur au même titre que la ponction ; la ponction a été surtout une opération préliminaire, souvent un moyen de diagnostic ; dans un certain nombre d'observations (*XVII Schwartz*, *XXXIX Maurange*), il est spécifié qu'après plusieurs ponctions inutiles, on s'est décidé à la laparatomie, qui a amené la guérison. Les chirurgiens se sont élevés contre cette ponction et ont présenté des objections multiples. Elle est insuffisante, parce qu'elle ne peut atteindre, ne peut évacuer les fausses membranes, les dépôts de fibrine, les exsudats ; elle est aveugle, parce qu'elle offre la possibilité de blesser l'épiploon, l'intestin, un vaisseau impor-

tant ; car le grand épiploon, l'intestin sont souvent adhérents par places à la paroi, et une couche abondante peut masquer ces adhérences. Qu'aurait produit la ponction dans les deux cas que l'on cite de blessures de l'intestin à l'incision de la paroi, dans celui que nous donnons (Obs. X) d'ouverture de la vessie ? on aurait été obligé de faire une laparatomie forcée, dans des conditions bien moins avantageuses que si on s'était décidé à l'intervention radicale dès le début. Routier la condamne d'une façon absolue, « nous la proscrivons au même titre que pour les kystes de l'ovaire ». Elle offre aussi la possibilité de déterminer des phénomènes septiques généraux, alors que l'affection était localisée, ou la suppuration après la ponction, d'un exsudat primitivement séreux (cas de Potain, cité dans Pic, Obs. XIII) ; Mlle Lichtermann (Thèse Paris, 1890, 7 observations, dont 4 ponctions réitérées : mort). Elle est appelée à rendre service sous la réserve d'une laparatomie ultérieure.

Kirmisson et Pinard, au Congrès de la tuberculose en 1891, ont exposé une autre méthode ; elle consiste à faire dans le péritoine une série d'injections de sérum de chien. Dans le seul cas où cette méthode fut employée, la guérison s'ensuivit ; l'enfant avait été aussi laparatomisé ; la récurrence survint, et le cinquième jour après la première opération, on commença la série d'injections qui produisirent la guérison ; une grande part du résultat revient sans doute à la laparatomie antérieure ; on peut toujours retenir l'efficacité des injections de sérum... de chien ou artificiel dont la nécessité se fait quelquefois sentir au cours de l'opération.

Whitier a proposé le drainage permanent pour remplacer la laparatomie ; voici le cas qui l'a amené à cette méthode : il avait ponctionné trois fois sans succès une ascite tuberculeuse, il pratiqua alors une incision médiane sur l'abdomen, y plaça un gros drain à frottement, adapta à ce drain un large

tube en caoutchouc ; ce tube, par son extrémité, plongeait dans un récipient à moitié rempli d'acide phéniqué ; grâce à ce drainage qu'il laissa un mois, il obtint une guérison complète qui persistait six mois après. Il n'est pas à espérer que cette méthode puisse se généraliser ; intermédiaire à la ponction simple et à la laparatomie, elle n'offre les avantages ni de l'une ni de l'autre.

Carvi (1892), après plusieurs ponctions, a établi le drainage permanent d'après d'Antona ; avec un trocart courbe enfoncé de dehors en dedans, puis de dedans en dehors, il pratique deux ouvertures par lesquelles il fait passer un drain perforé en divers points, les extrémités de celui-ci sont obturées par de petits bouchons de verre. Dans les deux premiers mois le liquide fut évacué une fois par jour (de 500 à 1000 grammes), puis tous les deux ou trois jours, puis enfin une fois par semaine.

La guérison fut obtenue après dix mois de ce traitement.

Ce procédé ne fera pas école ; très souvent, quinze jours, un mois après la laparatomie, les malades retournent chez eux, débarrassés de leur ascite, le ventre souple, avec des tendances sérieuses à la guérison si elle n'est pas déjà produite ; quel avantage peut offrir la méthode de Carvi ? Exposer, durant dix mois, le patient à des menaces quotidiennes d'infection par ce soutirage quotidien que le malade de Carvi a pu regarder d'un œil patient et habitué, mais qui fatiguerait d'autres malades auxquels on montrerait les résultats de la laparatomie.

Casati (1896), de son côté, pratique une simple boutonnière par laquelle il introduit une mèche de gaze qu'il laisse en place pour augmenter l'action leucocytaire.

Lohlein (de Giessen) [1896] a proposé de faire l'incision dans le cul-de-sac de Douglas. Le liquide est ainsi aisément évacué ; c'est une opération plus commode et moins grave que

la laparatomie et qui présente, en outre, l'avantage de permettre l'extirpation des annexes reconnues bacillaires. L'idée est séduisante.

Helmrich (1892) rapporte deux cas de la clinique de Bâle qui ont été soumis aux injections de tuberculine de Koch ; dans le premier, on avait posé le diagnostic de péritonite tuberculeuse oophorite et périooophorite chronique, salpingite tuberculeuse. L'état de la malade s'améliora tout d'abord, puis s'aggrava bien vite ; les poumons furent envahis. Mort. Le second cas, péritonite tuberculeuse avec ascite considérable, fut d'abord laparatomisé ; amélioration, le malade reprit son travail. Quelque temps après, injections de Koch ; plusieurs mois après, aucun symptôme de son affection péritonéale.

Reste à déterminer la part qui revient à la tuberculine et à la laparatomie. Ce traitement est, d'ailleurs, pour le moment du moins, complètement abandonné, ainsi que le suivant :

Schede (1893) a aussi obtenu la guérison dans trois cas d'ascite tuberculeuse en soumettant ses malades à des injections de tuberculine.

Du Cazal (mai 1897) a présenté, à la Société médicale des hôpitaux, un homme qui a été guéri d'une péritonite tuberculeuse par une injection de 8 cm. cubes de naphthol camphré après évacuation de la sérosité contenue dans le péritoine. A la suite de cette injection, le patient a vu s'améliorer les lésions tuberculeuses qu'il portait du côté du poumon.

M. Truc (1886), bien avant *Du Cazal*, avait proposé, après la ponction, à titre d'injection modificatrice, l'éther iodoformé.

Maurange, la vaseline iodoformée ; le naphthol camphré, proposé par *Rendu*, *Berger*, *Guignabert*, *Alleaume*, a été seul mis en pratique.

Rendu, après évacuation de l'acite, injecte le contenu de 5 seringues de Pravaz de naphthol camphré. Il y a une légère réaction péritonéale que *Catrin* pense prévenir en laissant une

certaine quantité de liquide dans la cavité péritonéale. Cette méthode, employée avec succès dans 8 cas (Rendu : 4 cas ; Berger, Catrin, Spillmann, Du Cazal, chacun un cas) a donné un cas de mort chez un enfant entre les mains de Netter. D'après Le Gendre, dans ces cas, la mort présente des accidents semblables à ceux que produit l'injection de naphthol camphré dans le péritoine de cobayes sains. L'injection de naphthol camphré, qui se comporte ailleurs comme un merveilleux modificateur des tuberculoses locales, est défendable ; elle a à son passif au moins un décès. Elle ne doit être pratiquée que si la laparatomie est refusée ; encore préférerions-nous alors le lavage avec une solution boriquée concentrée (Debove) ou simplement et mieux avec de l'eau stérilisée chaude à 48° (Gaubet, Cellier).

L'exposé de cette dernière méthode, où se pressent des substances diverses à injecter, nous offre le pendant d'une partie de notre historique : l'époque à laquelle on donnait au péritoine de l'alcool, du myrrhe, de la décoction de quinquina.

Von Mosetig-Moorhof (1893), partant de cette idée théorique que la guérison de la péritonite tuberculeuse après la laparatomie était de à l'action due l'air sur la séreuse malade, propose d'insuffler de l'air stérilisé dans la cavité péritonéale. Il cite une observation à l'appui de cette thèse ; il a obtenu un succès dans un cas où il y avait eu récurrence après la laparatomie ; il avait retiré 1700 grammes de liquide. La guérison se maintenait encore cinq mois après.

Follet, de Lille (1894), relate l'observation d'une femme atteinte de péritonite tuberculeuse dans la cavité abdominale de laquelle il injecta 3 litres d'air après lui avoir préalablement retiré six litres de sérosité ; le liquide ne s'est pas reproduit, l'état général s'est beaucoup amélioré et cette guérison se maintenait après huit mois ; il a répété cette opération avec succès dans 4 cas, consignés dans la thèse de son élève Lenoir.

Duran, de Barcelone (Congrès de Moscou, 26 août 1897) ne voit pas la nécessité de pratiquer la section abdominale pour obtenir la guérison; si c'est le contact de l'air qui constitue le facteur curatif de l'inflammation du péritoine, il suffira, une fois l'exsudat éliminé par la paracentèse, d'insuffler de l'air dans la cavité péritonéale de manière que toute la surface séreuse en reste comme baignée pendant un certain temps. L'insufflation pourrait être également utile dans les cas d'exsudats péritonitiques de nature simplement inflammatoire: il avait cité un cas en 1894 dans la *Médecine moderne*. En ajoutant aux cas de Follet, de Mosetig, de Duran, un cas de Nolen, nous avons en tout 7 observations avec 7 succès.

Teissier (Congrès de la Tuberculose, 30 juillet 1898) pense qu'il est possible d'admettre de la part de l'oxygène et de l'azote de l'air une influence sur la vitalité du bacille tuberculeux; il a injecté de l'azote, de l'oxygène dans le péritoine d'animaux ayant subi une inoculation intra-péritonéale de tuberculose humaine; ces injections seraient susceptibles d'atténuer, d'arrêter parfois l'infection tuberculeuse péritonéale. C'est ce qui paraît ressortir de ses expériences en cours.

La conclusion de ces derniers faits, c'est qu'il sera intéressant de voir comment tournera cette série de bons résultats quand, pour une raison quelconque, la laparatomie ne pourra être faite. Car nous ne pensons pas que la ponction suivie de lavage, d'injection modificatrice, d'insufflation d'air stérilisé, d'azote, d'oxygène puisse être érigée en méthode générale de traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse. Elle ne peut convenir qu'aux formes avec liquide séreux libre dans la cavité, sans adhérences, réunissant les anses intestinales entre elles ou avec la paroi; ces cas sont rares: on peut donc toujours redouter la blessure de l'épiploon, de l'intestin, d'un

vaisseau, voire même de la vessie, accident dont la gravité est moins grande avec la laparatomie qu'avec la ponction. D'un autre côté, si le mode de guérison, encore énigmatique pour le moment, est dû à l'action directe de l'air ou de l'un de ses composés, nous examinerons plus loin cette interprétation ; il faut peut-être que cette action se produise brusquement, que le péritoine, les anfractuosités que forment les adhérences, soient comme surpris. Les déchets de l'évolution morbide qui nous intéresse sont entraînés par la sérosité qu'attire au dehors la grande différence de pression établie par l'incision de l'abdomen : le lavage les déloge de toute la cavité abdominale ; la réaction première qui amènera le processus curateur a lieu sur toutes les parties malades dépouillées de leur exsudat ; elles sont brusquement, largement enveloppées par des flots d'air ; le bain est complet. L'injection d'air, au contraire, trouvera un milieu imparfaitement « nettoyé » et peu propre à son influence ; les anfractuosités qui seront baignées par l'air injecté ne le seront que progressivement et alors que l'air introduit est déjà altéré, corrompu par le terrain que la simple ponction a peu modifié. Il faut ici une réaction brusque, aussi vive que la réaction que les anciens attribuaient à la tête de Méduse, aussi rapide, aussi intense que nous la donnons à différentes modalités du mouvement : à la lumière, à l'électricité.

La *ponction simple* n'est plus une méthode aujourd'hui ; elle est condamnée par tous les chirurgiens sans exception ; ses nombreux inconvénients la font tomber sous les objections que nous avons adressées aux différentes méthodes dont elle est le premier temps opératoire ; elle peut à elle seule entraîner la mort (Montaz). Elle a aussi quelques guérisons à son effectif. Nous citons, par curiosité, un dernier procédé américain.

Anandale, d'Edimbourg, mit dans un bain un homme atteint

de péritonite tuberculeuse, le ponctionna sous l'eau et lava le péritoine; Meyer, qui rapporte le cas à l'association américaine des obstétriciens et des gynécologistes, oublie de dire si Anandale obtint la guérison de son malade.

Nous regardions notre énumération comme achevée, notre siège était fait; un numéro de l'*Echo médical du Nord*, qui date de quelques jours à peine, nous permet de donner une nouvelle méthode que son auteur a exposée, le 13 novembre 1898.

M. Ausset, de Lille, cite un cas de péritonite chronique tuberculeuse traitée successivement et sans résultat par les moyens habituels et qu'aurait guérie la radiographie. L'auteur se garde de tirer aucune conclusion d'un fait unique et il n'émet pas « la prétention de guérir la tuberculose par les rayons X » : une petite fille de 9 ans avait été ponctionnée deux fois avant d'être laparatomisée, trois fois encore après l'opération qui n'avait pas empêché le liquide de se reproduire, quoique moins rapidement; les lésions péritonéales s'accroissaient, des masses indurées se manifestaient de plus en plus volumineuses; on soumet l'enfant à l'action de l'ampoule de Crookes. Les séances, espacées, nombreuses, ont varié de 10 à 25 minutes de durée; à la fin, elles ont même été plus longues; l'ampoule a été placée de 20 à 12 cm. de distance de la partie la plus saillante du ventre de l'enfant. Le lendemain de la troisième séance, on retira 300 grammes de liquide, qui n'était plus jaune citrin, mais nettement hémorragique. L'ascite s'est résorbée progressivement, la paroi abdominale a repris sa souplesse, le ventre est resté un peu gros, les masses indurées ont disparu, l'état général s'est amélioré, la fillette a gagné 5 kilog.

Que penser de ce cas? *Non ab uno disce omnes*. Une seconde laparatomie dans des conditions de ce genre a donné entre les mains de Cecherelli, Tait, Routier, Von Winiwarter, Bantok, Parker Sims, Kochs, Kelly, Alexandroff, Wheeler, Montaz,

Chrobak, des résultats durables ; elle aurait peut-être produit la guérison due ici à la radiographie. Il aurait été curieux, intéressant de juger de l'état du péritoine lors de l'application de ce nouveau traitement, de voir de près si toute la surface péritonéale était aussi criblée de granulations grises, aussi épaissie qu'à la première laparatomie pratiquée par M. Follet. Cecherelli, intervenant une seconde fois, parce qu'une laparatomie antérieure n'avait pas empêché le liquide de se reproduire, trouva des tubercules moins nombreux ; Routier ne vit plus de granulations et le liquide ne contenait plus de bacilles. Et les masses indurées que l'on palpe à travers la paroi ? Terrillon nous dit que les affections du péritoine provoquent une contracture secondaire des muscles de la paroi abdominale qui donne lieu à une apparence de tumeur : « c'est là un fait bien connu et qui fait errer le diagnostic ». Schmalfuss, Keetly ne les ont plus retrouvées sous le chloroforme. Bouilly les a vues se résorber, ainsi que Schwartz. M. Follet, qui a laparatomisé cette jeune fille, avait une occasion propice pour ajouter un nouveau succès à sa méthode ; s'il a renoncé aux injections d'air, après les ponctions réitérées, la méthode de Debove, celle de Caubet (Cellier) étaient facilement applicables en la circonstance ; devant l'échec successif et de la laparatomie et de ces derniers procédés, M. Ausset aurait pu attribuer alors la guérison à la seule radiographie. L'auteur nous dit, en exposant ce cas curieux, qu'il veut simplement en relater l'histoire et qu'il n'entend absolument tirer aucune conclusion d'un fait unique ; mais la conclusion de son observation est une profession de foi : il propose la radiographie au même titre que la laparatomie et l'insufflation d'air, à un titre supérieur même, puisqu'il juge les rayons X capables de susciter une phagocytose « suffisamment énergique » pour « parvenir à vaincre un ennemi resté victorieux contre les attaques antérieures dirigées contre lui. » Cette observation étant encore

unique, il n'est pas permis d'opposer la méthode employée aux méthodes sanglantes qui ont fait leur preuve.

La recherche de nouveaux procédés de guérison, alors que la laparatomie est défendue par ses statistiques, affermit un peu les opinions de ceux qui emploient la méthode que nous examinons la dernière.

L'*expectation* est patronnée par ceux qui ont une confiance aveugle en la nature « *medicatrix optima* » et qui font du platonisme médical ; la péritonite tuberculeuse, particulièrement la forme ascitique, a une tendance naturelle à la guérison ; les cas en sont si nombreux qu'on serait en peine de les citer et ils comptent sur cette évolution favorable. Bien que les anciens cliniciens considèrent la tuberculose du péritoine comme une maladie grave se terminant fréquemment par la mort (Boulland), le « *medicus naturæ minister* » voit quelquefois l'ascite, après avoir subi quelques fluctuations, disparaître définitivement, de véritables néoplasmes se résorber. La péritonite tuberculeuse est susceptible de guérir spontanément et ils attendent l'ouverture spontanée à l'ombilic ; la peau s'amincit, le contenu purulent ou caséeux s'évacue. Gauderon, dans sa thèse (1876), cite huit cas de guérison après ouverture spontanée de la cicatrice ombilicale (2 fois seulement évacuation suivie de mort) ; la guérison se ferait du vingtième au trentième jour.

Cette tendance à l'ouverture est loin d'être absolue ; dans les cas où elle se produit, elle est souvent suivie de la production d'un trajet fistuleux particulièrement rebelle au traitement ; mais dans des cas heureux elle s'oblitére, telles sont les observations de Siredey, Comby, de Hochaus, de Landouzy et celle plus récente de Gluck. Ce sont là des cas exceptionnels qui n'ont d'autre intérêt que leur rareté.

Les médecins devraient être pénétrés de cette conviction que la péritonite est une affection justiciable d'un traitement

chirurgical; ils ont fait faillite ici; le bistouri n'est plus seulement l'*ultima ratio*; il obéit à des indications, plus précises, de jour en jour. Opposons vite une petite statistique avant de passer aux explications d'ensemble qui suivront. Yarochenski, des recherches faites dans le but de déterminer la mortalité avec le seul traitement médical, croit pouvoir conclure qu'elle s'élève de 40 à 55 0/0, tandis qu'elle serait abaissée à 4 0/0 par le traitement chirurgical. Ces chiffres n'ont sans doute pas de valeur absolue, mais ils confirment l'opinion qui se dégage des différentes discussions des Sociétés médicales, chirurgicales; même les plus sceptiques devraient être gagnés à l'intervention chirurgicale devant l'insuffisance habituelle de la médecine interne et les résultats surprenants du traitement chirurgical. Nous croyons que l'étude de la statistique a sa place marquée là; nous l'abandonons.

IV

STATISTIQUE

Il n'est peut-être pas de statistique qui offre autant de sincérité que la statistique du traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse ; elle a demandé de longues années à être dressée. Les chirurgiens, au début, avaient comme besoin de s'encourager eux-mêmes, surtout devant le mystérieux de la guérison, et pour légitimer leur intervention, pour savoir si le manuel proposé, réputé périlleux, pouvait être généralisé, ils ont apporté dans l'exposé de leurs faits une grande impartialité. Si la méthode a été reçue avec le cas de Spencer Wells, elle ne s'est pas imposée d'un seul trait, à grand fracas, comme certains traitements révolutionnaires sur lesquels on se jette avec fièvre et qu'on veut à tout prix garantir les meilleurs ; les statistiques sont alors confectionnées avec âme, mais souvent aussi avec une exactitude douteuse. Ici, les chirurgiens ont apporté tous leurs cas, bons ou mauvais, alors qu'on a souvent la tendance de laisser dans l'oubli les cas malheureux et de ne publier que ceux qui ont donné des résultats satisfaisants. Il a été possible à quelques-uns de surveiller les suites de l'opération ; ils ont donné ainsi des statistiques inattaquables, Voici un tableau d'ensemble ; nous donnerons après des détails complémentaires, empruntés à M. Roersch, assistant à la clinique chirurgicale de Liège, qui a publié une statistique bien imposante.

AUTEURS	OBSERVATIONS	SUCCÈS OPÉRATOIRES	MORTS
MM. Truc, 1886	41	9	2
Kummel, 1887	30	28	2
Audry, 1887	63	55	8
Carré, 1888	11	9	2
Maurange, 1889	71	64	7
Lindfors, 1889	109	101	8
Kœnig, 1890	131	107	24
Aldibert, 1892	358	70 0/0	23 0/0
Roersch, 1893			
Margarucci, 1896 . . .	?	85 0/0	15 0/0
Yorockinski, 1896 . . .	?	96 0/0	4 0/0
Recueillies 1898	65	57	8 1 post. op. 7 après 2, 4, 5, 6 mois
Total { Roersch. . . 358	423	72,80 0/0	? ?
— . . . 65			

Des 358 opérés de Roersch, 253 sont sortis avec la mention guéri (70 0/0). Chez 119 (34 0/0), la guérison a été constatée après plus de six mois. Chez 79 (22 0/0) après plus d'un an, et chez 53, c'est-à-dire 15 0/0 des cas opérés, après plus de deux ans ; et, parmi ceux-ci, il en est comme ceux de Spencer (vingt-sept ans), Schucking (quinze ans), Czerny (quatorze ans), Routier (douze ans) et beaucoup d'autres qui démontrent que ces guérisons sont définitives.

83 cas se sont terminés par la mort, dont 20 quelques heures ou quelques jours après l'opération, 9 d'épuisement ou de collapsus, dont un avec fistule intestinale, tous se rap-

portant à des cas très graves, à des interventions tentées sur des malades déjà fortement épuisés ; 1 des progrès d'une péritonite bacillaire aiguë, 10 de péritonite septique. Les 51 autres sont morts après un temps plus ou moins long variant de quelques semaines à dix-huit mois et même deux ans. Pendant ce temps beaucoup ont été fortement améliorés ou guéris et n'ont succombé qu'aux progrès d'une affection concomitante ou intercurrente ; 12 ont succombé à une tuberculose généralisée ; 2 aux progrès de leur affection ; 5 à la tuberculose intestinale ; 4 à la méningite tuberculeuse ; 12 au marasme, dont 8 avec fistule stercorale post-opératoire ; 2 à une maladie intercurrente ; dans 17 cas la mort n'a pas été mentionnée. On fait ici abstraction des états stationnaires ou des améliorations sur le sort ultérieur desquels on n'a aucun renseignement.

Ces chiffres sont évidemment inférieurs à la réalité ; parmi les malades sortis guéris, il en est beaucoup qui n'ont pas été suivis et qui seraient venus augmenter la liste des guérisons définitives ou des morts. Nos deux derniers cas personnels sont récents et nous ne pouvons les classer qu'au nombre des améliorations.

En somme, *même en mettant toutes les morts ultérieures sur le compte de l'opération*, on n'arrive guère qu'à une mortalité de 23 0/0. Sans chercher à exagérer la valeur des statistiques qui comportent des cas très différents et qui appartiennent à des chirurgiens divers, on ne peut nier cependant les conséquences grossières qui s'en dégagent. Il reste acquis que l'opération n'entraîne, par elle-même, qu'une faible mortalité ; sa gravité diminuera sans doute encore. Malgré les réserves de Künster, Lohlein, Spæth, il faut s'incliner devant ce fait matériel qu'il est impossible de mettre en doute l'efficacité du traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse. Nous passons aux observations.

V

OBSERVATIONS

Premier Groupe

*Nulla autem est alià pro certo noscendi
vià, nisi quam plurimas et morborum
et dissectionum historias, tum aliorum,
tum proprias collectas habere et inter se
comparare...* MORGAGNI.

Nous répartissons nos observations en trois séries. A la première série appartiennent des observations récentes de laparatomie pour péritonites tuberculeuses qui n'ont pas encore été groupées ; parmi elles nous trouvons un cas où la vessie a été ouverte (obs. X). Bien que l'erreur classique de Spencer Wells soit citée partout, nous la rapportons *est hic locus*.

OBSERVATION PREMIÈRE

SPENCER WELLS (cité par Kummel, in Maurange.)

En 1862, Spencer Wells, pensant avoir affaire à un kyste de l'ovaire, fit une laparatomie et se trouva en présence d'une péritonite tuberculeuse. Cette malade vivait encore 25 ans après l'opération. M. Debove, en 1889, c'est-à-dire après 27 ans, nous a appris que la santé continuait à être excellente. Ce cas est le plus remarquable que l'on connaisse.

OBSERVATION II

RICHECOT (28 juillet 1891, *Union médicale*.)

Une femme de 30 ans m'est envoyée de Seine-et-Marne, au mois de février 1890. Elle est mariée depuis 11 ans, n'a pas eu de grossesses et se dit malade depuis une année. L'abdomen a grossi peu à peu jusqu'au mois de janvier 1890, si bien que son médecin, croyant à un kyste de l'ovaire, a fait une ponction et a tiré du liquide. Comme elle a toujours des « coliques », elle vient à Paris. La femme est maigre, sèche, le ventre est absolument plat, la palpation et le toucher sont douloureux et révèlent un peu d'empatement sur les côtés de l'utérus, mais ne fournissent aucun diagnostic précis. Avec les renseignements qu'elle me donne sur le « kyste » ponctionné qui siégeait à gauche et montait jusqu'au voisinage de l'ombilic, je suppose une lésion des annexes, peut-être un kyste parovarien ou un hydrosalpinx.

L'intervention est retardée par une bronchite légère qu'elle pense avoir contractée pendant son voyage. La toux est sèche, fatigante ; il y a un peu de fièvre et en même temps je découvre un point de pleurite sèche avec submatité bien circonscrite à la base du poumon gauche. Bien soignée pendant huit jours, elle se calme et tousse à peine, mais on trouve encore, au moment de l'opération, quelques râles disséminés, et la submatité n'a pas disparu.

Laparatomie le 5 mars ; une courte incision sous-ombilicale me montre un péritoine farci de granulations tuberculeuses confluentes ; il y en a partout, sur le péritoine pariétal, sur tout l'intestin, sur l'utérus, les trompes, la vessie ; en outre, un liquide louche, laiteux, puriforme. Aucune trace de tumeur. Je fais un lavage prolongé à l'eau bouillie, j'essuie avec soin

les anses intestinales et le petit bassin, j'entraîne quelques flocons pseudo-membraneux et je ferme le ventre.

Les suites furent d'une simplicité extrême, sans élévation de température ; bien plus, la toux, qui avait déjà grandement diminué, cessa complètement et la sensibilité abdominale disparut. Les signes stéthoscopiques eux-mêmes furent promptement modifiés et c'est à peine si, au bout d'une quinzaine de jours, se retrouvait la zone de submatité. A la fin du mois de mars la malade était sur pied et retourna en Seine-et-Marne.

Il y a aujourd'hui plus de seize mois que l'opération est faite. J'ai des nouvelles toutes récentes : l'opérée travaille aux champs, prend part aux noces de son village et nous écrit des lettres où elle s'applaudit de son brillant appétit et de sa bonne santé.

OBSERVATION III

COURTIN (*in Soc. Ch.*, avril 1893)

J'ai fait la laparatomie à une femme de 47 ans, atteinte de péritonite tuberculeuse. Le ventre était devenu très volumineux ; une ponction retira 15 litres d'un liquide sanguinolent. Un mois et demi après la ponction, le liquide s'étant reproduit, je pratiquai la laparatomie. Je trouvai le péritoine viscéral et pariétal épaissi ; le rebord du foie et de la rate était recouvert de petits corps durs donnant la sensation de grains de semoule. La toilette du péritoine fut faite à l'aide d'éponges imprégnées d'eau phéniquée forte. Depuis l'opération la malade est guérie.

OBSERVATION IV

• PICQUÉ (*in eadem*)

J'ai opéré dans les mêmes conditions et avec un égal succès une malade atteinte de péritonite tuberculeuse ; chez elle il y

avait des antécédents caractérisés par des lésions pulmonaires manifestes. La laparatomie fut faite au mois d'août dernier; l'ascite fut évacuée et le péritoine nettoyé à l'éponge. Au bout de 15 jours la malade quittait l'hôpital. Depuis, le liquide ne s'est pas reproduit et l'état général est redevenu meilleur.

OBSERVATION V

BOUILLY (*in Soc. Ch.*, octobre 1893)

Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans, qui, depuis quelques mois, avait vu grossir son ventre, sans retentissement sur l'état général. On crut à un kyste de l'ovaire et la laparatomie, après évacuation d'un liquide trouble, montra l'existence de lésions tuberculeuses généralisées; les ovaires, les trompes étaient tapissés de granulations confluentes, et d'un côté, il existait une salpingite suppurée. Les suites opératoires ont été simples et j'ai eu plus tard l'occasion de revoir la malade dont la santé est actuellement très satisfaisante.

OBSERVATION VI

BOUILLY (*in eadem*)

Il s'agit également d'une jeune fille, âgée de 22 ans, qui m'avait été envoyée pour être opérée d'un kyste de l'ovaire et chez laquelle je fis le diagnostic de péritonite tuberculeuse à forme ascitique avec lésions bilatérales des annexes. La laparatomie permit de constater des lésions tuberculeuses du péritoine et des annexes de l'utérus avec une salpingite suppurée d'un côté, comme dans le cas précédent et un semis de granulations sur le péritoine pariétal et viscéral; la laparatomie a donné un excellent résultat.

OBSERVATION VII

RICHELOT (*in* Clavier, 1895)

Ascite chez un tuberculeux. — Laparatomie à la cocaïne. — Guérison.

Mlle R..., 22 ans, tuberculeuse, d'une maigreur squelettique depuis son enfance. Tousse et crache. A l'auscultation, on découvre des lésions avancées, des cavernes à gauche. Depuis plusieurs mois, elle a une ascite énorme. Le ventre est gros, distendu, plus que dans une péritonite tuberculeuse ordinaire; néanmoins, diagnostic; péritonite tuberculeuse. Les lésions pulmonaires, l'aspect chétif, la distension du ventre, le mauvais appétit, la diarrhée qui survient quelquefois, constituent un ensemble de symptômes bien alarmants. A cause de l'état des poumons, M. Richelot refuse d'employer le chloroforme. Il a recours à la cocaïne.

Laparatomie le 15 octobre 1893. Une seringue de Pravaz d'une solution de cocaïne à 20/0; pas traces de granulations tuberculeuses sur tout ce que M. Richelot a pu voir de péritoine; la petitesse de l'incision n'a pas permis de tout explorer.

Bronchite les jours suivants; 38 à 39°; pouls, qui était fréquent, redevient normal au bout de 4 ou 5 jours; la température tombe; la malade se remet à manger. Le ventre est souple, indolent, non ballonné et fonctionne bien.

Juillet 1894. — La malade a toussé encore depuis l'opération, mais de moins en moins; son état s'est amélioré peu à peu. Elle vient à Paris en juillet. Elle a une mine superbe et a beaucoup engraisé, à ce point que M. Richelot ne la peut reconnaître. La toux est petite. Les signes stéthoscopiques persistent en partie.

Juin 1895. — Santé en apparence excellente; touse tou-

jours un peu ; à l'auscultation, des râles qui ont diminué depuis l'opération, mais persistent néanmoins. Le ventre est en parfait état. Il y a lieu d'espérer que cette forme lente et chronique de tuberculose pulmonaire finira par guérir.

OBSERVATION VIII

M. POUCEL (Bartoli, interne)

M. C., femme âgée de 22 ans, mariée depuis 4 mois, entrée hôpital Conception, Marseille, 4 mai 1896.

Antécédents héréditaires : Père et mère en vie, bien portants ; aucune tare tuberculeuse.

Antécédents personnels : Jamais de maladies antérieures. Constitution frêle. Réglée à 18 ans d'une façon irrégulière.

Début de la maladie : 4 mois avant son mariage, augmentation de volume du ventre, pas de douleurs, légère constipation, pas beaucoup d'appétit, ni fièvre, ni toux. L'augmentation de volume de la paroi abdominale devient, à un moment donné, si accentuée, qu'il y a gêne de la respiration avec dyspnée intense. Un médecin appelé juge la paracentèse urgente ; issue d'un liquide jaune citrin, évalué à une dizaine de litres environ. Ces phénomènes s'étaient vivement manifestés trois mois après le début apparent de l'augmentation du ventre.

Trois mois après, nouvelle ponction à la suite des mêmes phénomènes respiratoires ; issue d'une quantité à peu près égale de liquide citrin. Pas d'amaigrissement sensible ; pas de toux, ni de fièvre.

À son arrivée à l'hôpital, deux mois après la deuxième ponction : ventre étalé de batracien, paroi abdominale lisse, quelques veines rares apparentes, rien de particulier à la palpation. Percussion : zone de matité remontant à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; courbe à concavité supérieure.

Déplacement de cette zone mate en faisant varier la position de la malade, sensation de flot très nette. Le toucher vaginal ne révèle rien de particulier. Règles absentes depuis le début de la maladie. Respiration normale ; à la base gauche, un peu de submatité à la percussion avec diminution des vibrations dans l'étendue de trois travers de doigt et diminution identique du murmure vésiculaire. Pas de troubles digestifs.

Laparatomie, 12 mai 1896 ; issue d'un liquide jaune citrin évalué à 7 ou 8 litres ; péritoine pariétal tapissé de granulations miliaires rouges très confluentes dans toute son étendue avec accentuation de granulations au niveau du péritoine pelvien et des annexes. On vide la cavité péritonéale, on extirpe les annexes ; suturès à trois étages. Suites normales.

La malade quitte l'hôpital le 29 mai 1896 ; pas de trace de liquide péritonéal à la percussion, alors qu'antérieurement le liquide s'était reproduit très rapidement.

OBSERVATION IX

MARSH (*Brit. Med. J.*, janvier 1897).

Marsh a pratiqué la laparatomie chez un enfant de 7 ans atteint de péritonite tuberculeuse. Il a retiré de l'abdomen du pus et lavé la cavité avec une solution de sel ordinaire très chaude. On n'a pas trouvé de ganglions malades, mais le mésentère était épaissi et raccourci, de telle sorte que l'intestin grêle était entraîné vers la partie supérieure, laissant au-dessus une grande cavité remplie par le pus. La cavité abdominale fut séchée et drainée par la partie inférieure de l'incision. La guérison a été rapide.

OBSERVATION X

MALAPERT (Richelot, *in* Soc. chirurgie, 17 mars 1897)

Une petite fille, âgée de 9 ans et demi, fait une chute sur le ventre, le 1^{er} décembre 1896. Dès le lendemain, graves accidents de péritonite. Six jours après, ponction qui donne issue à 1 litre et demi de pus ; enfin, le 31 décembre, M. Malapert fait la laparatomie médiane.

Dès le premier coup de bistouri, pour ainsi dire, la vessie adhérente à la paroi abdominale fut ouverte, puis immédiatement refermée à l'aide de trois plans de suture à la soie fine.

L'ouverture de la cavité péritonéale laisse échapper 3 litres de pus épais, bien lié et contenant des fausses membranes en suspension. Lavage avec 6 litres solution sublimé à 1/10,000. Le cul-de-sac de Douglas fut tamponné par la méthode de Mikulicz, à la gaze salolée, un gros drain dans chacune des fosses iliaques. La température oscilla pendant quelques jours, durant lesquels le foyer fut lavé à la liqueur de Van Swieten presque pure.

Le 16 janvier, la petite malade était complètement guérie.

Diagnostic : tuberculose péritonéale éveillée par le traumatisme.

OBSERVATION XI

QUÉNU (*in eddem*)

Femme âgée de 30 ans, pâle et amaigrie, qui présentait une tuméfaction abdominale avec épanchement dans les points déclives et météorisme dans les régions supérieures. Le

diagnostic porté fut celui de kyste végétant de l'ovaire avec ascite par irritation du péritoine.

Une ponction donna issue à du pus mélangé de gaz. L'épanchement s'étant reproduit quelques jours après, laparatomie juin 1896. La masse intestinale était, avec le foie, la rate, l'estomac, cachée par une sorte de toile de nouvelle formation. Je crois qu'il s'agissait là d'une péritonite généralisée. En recherchant le point de départ de cette péritonite, je constatai également que la cavité pelvienne était obturée par un plancher de nouvelle formation passant par le plan du détroit supérieur; il ne restait donc rien de la cavité pelvienne; pas de salpingite. Lavage du péritoine avec du sérum artificiel. Infection secondaire due au staphylococcus albus; incision cul-de-sac antérieur; par là, drain secondaire.

L'état général de la malade se releva immédiatement, et je la retrouvai, au mois de septembre, en parfaite santé; mais, en décembre, elle toussait, présentait des spasmes, une sorte d'hémiplégie; en outre, la péritonite était réapparue.

Elle succomba, et, à l'autopsie, on trouva des lésions tuberculeuses des poumons, des méninges et du péritoine.

OBSERVATION XII

REYNIER (*in eadem*)

J'ai opéré dans mon service un malade que l'on avait cru, tout d'abord, atteint d'appendicite dans un service de médecine voisin; l'ouverture de la cavité abdominale donna issue à 2 litres d'un pus stérile.

En quittant l'hôpital, le malade put se croire complètement guéri; mais, six mois après, il me revenait porteur d'un abcès froid au niveau du crâne, et d'un point douloureux, également avec formation d'abcès, au niveau du fémur.

A ce moment, le sujet avait maigri, toussait, et nous n'eûmes pas de peine à déceler la présence de nombreux bacilles de Koch dans ses crachats ; j'avais donc eu affaire à une péritonite tuberculeuse.

OBSERVATION XIII

PAVILLON 4, n° 8 (Service du D^r Mondot)

Assomption C....., 30 ans, marchande de légumes, robuste, solide Espagnole, à la face colorée encore, à la musculature bien fournie. Entrée à l'hôpital le 20 juin 1897, pour se faire opérer d'un kyste de l'ovaire, abdomen distendu, parois très épaisses permettant difficilement l'examen, qui reste vague ; constipation.

Laparatomie pratiquée le 24 juin 1897 : tout autre chose qu'un kyste, péritoine lardacé au niveau de la région ombilicale ; en un point existaient deux nodosités ayant l'apparence d'un noyau tuberculeux, si adhérentes qu'on ne songea même pas à les circoncrire entre deux incisions ; liquide séreux trois litres environ, péritonite circonscrite chez un sujet sain et indemne de toute autre lésion bacillaire appréciable.

Cette intervention n'a été suivie d'aucun accident et l'opérée a parfaitement guéri. L'état général reste très bon, le liquide ne s'est pas reformé. A. C... continue à vendre tranquillement des légumes, aux yeux ébahis de ses commères.

OBSERVATION XIV

LAFOURCADE, de Bayonne (Richelot, *in Soc. chirurgic.* 27 octobre 1897)

Femme de 24 ans, chez laquelle M. Lafourcade avait diagnostiqué un petit kyste hydatique du foie. Mais comme la malade était alors atteinte de bronchite, il ne l'opéra pas. Plus

tard, la malade fut atteinte de douleurs violentes au niveau de la tumeur et la tumeur disparut. Plus tard encore, nouvelle poussée de péritonite avec vomissements, forte fièvre et ballonnement du ventre. M. Lafourcade pensa alors à une péritonite tuberculeuse consécutive à la rupture d'un abcès froid sous-hépatique. Il fit une ponction, retira cinq litres de pus et obtint un soulagement. Onze jours après nouvelle température de 39°. M. Lafourcade fait la laparatomie médiane, 21 jours après le début des accidents péritoniques. Il trouve une péritonite purulente enkystée, l'intestin étant protégé par une membrane tomenteuse, lavage, drainage, bonnes suites opératoires et la malade ne toussa bientôt plus.

OBSERVATION XV

DUPLAY (Hôtel-Dieu, Cl. 1898)

Jeune homme de 19 ans, valet de chambre, entré le 10 février 1898. Santé bonne jusqu'en novembre 1896. A cette époque, pleurésie droite qui a duré deux mois, demi-litre liquide évacué par ponctions. Bronchite en juin 1897 ; déjà, à ce moment, il s'est aperçu d'un certain gonflement de l'abdomen, sans douleurs, puis la bronchite et le météorisme abdominal disparurent jusqu'au mois de janvier 1898. Influenza à cette époque, nouvelle augmentation de volume du ventre avec douleur alternative, diarrhée, constipation ; le 10 février, entra dans le service de M. Vaquez, applications collodion sur le ventre, puis on le fit passer dans le service de M. Duplay.

Ventre à trois lobes, sonorité plutôt exagérée sur la ligne médiane, sonorité diminuée dans le flanc droit, submatité induite dans le flanc gauche, pas de modifications par les changements d'attitude. Induration au niveau du flanc gauche, pal-

pation douloureuse, pas de constatation de la présence de liquide. Etat général assez médiocre, température, soir, 37°6 à 38°. Aux poumons submatité et respiration rude aux deux sommets, principalement à droite, murmure vésiculaire affaibli aux bases, quelques frottements sur toute la hauteur de la plèvre. Péritonite chronique tuberculeuse.

Laparatomie, faible quantité de liquide jaune citrin. Le péritoine pariétal et viscéral était, dans toute l'étendue accessible à la vue, recouvert d'un semis de nodules tuberculeux dont le volume variait entre celui d'une tête d'épingle et celui d'un gros pois, quelques-unes atteignaient les dimensions d'une pièce de cinquante centimes. Les parois des anses intestinales étaient épaissies notablement en certains points et présentaient de nombreuses indurations nodulaires massives.

En explorant la cavité abdominale avec la main, on a pu détruire un certain nombre d'adhérences développées surtout dans le flanc gauche.

Pendant les jours qui ont suivi l'intervention, le malade a eu des selles sanglantes qui ont pris à un certain moment les caractères d'une hémorragie intestinale grave.

A part cet accident, guérison opératoire normale, sans aucune élévation thermique, et le malade est rentré dans le service de M. Vaquez, *notablement amélioré au point de vue local et général.*

OBSERVATION XVI

(BRAULT, d'Alger)

Félicie T..., âgée de 5 ans, entre dans le service, salle Sainte-Philomène, le 19 février 1897. Il y a de nombreux antécédents dans la famille, au point de vue de la tuberculose ; la fillette présente bien quelques signes suspects aux deux som-

mets, mais elle vient surtout pour son ventre, très gros et douloureux depuis environ deux mois.

Laparatomie sus-ombilicale le 23 février (chloroforme). La surface du foie présente en plusieurs points des tubercules, l'intestin est recouvert de larges fausses membranes, il y a des symphyses intestino-épiglottiques et des soudures en plusieurs points avec la paroi. Les pseudo-membranes cloisonnent des loges, d'où s'échappe un liquide séreux un peu louche et légèrement sanguinolent. Exploration avec précautions, décollant les adhérences à la paroi et effritant les parois des loges afin de les exposer et de les vider. Après essuyage, le ventre est refermé sans lavage, sans drainage et sans appliquer aucun topique.

Au bout de huit jours, les fils superficiels sont enlevés. Le ventre est redevenu indolore et souple; de tendre et douloureux qu'il était; la température, qui se tenait aux environs de 38° avant l'opération, descendit et ne dépassa guère 37°. La guérison persistait, cette année 1898, un an plus tard.

OBSERVATION XVII

(Service de M. le professeur Estor)

Paul B..., âgé de 14 ans, entré à l'hôpital le 31 octobre 1898.

Antécédents héréditaires : Père et mère en bonne santé. Un frère de 17 ans robuste; deux autres morts en bas âge.

Antécédents personnels : Broncho-pneumonie à l'âge de 7 ans.

Début de la maladie actuelle : A la fin du mois d'août 1898, est survenue une diarrhée persistante pour laquelle M. Grasset a été consulté le 8 septembre; il a trouvé à ce moment de la pleurésie droite. Peu de temps après, le ventre a commencé à grossir.

Etat actuel, 2 novembre 1898 : Le ventre est très développé ; 79 centimètres au niveau de l'ombilic ; périmètre thoracique 71 cent. 1½. L'abdomen a la forme caractéristique de l'ascite ; il est mat dans toute son étendue, sauf au niveau de l'épigastre ; la matité est limitée par une ligne courbe à concavité supérieure ; la sensation de flot est des plus nettes ; éventration.

Hernie inguinale gauche avec ectopie testiculaire.

A l'auscultation rien en avant ; légère matité et diminution du murmure vésiculaire des deux côtés, à la base et en arrière ; rien en avant.

Opération, 3 novembre 1898 : Anesthésie à l'éther. Incision de 7 centimètres sur la ligne blanche, commençant 2 centimètres au-dessous de l'ombilic. Le péritoine pariétal est très épais ; dès qu'il est incisé, il s'écoule une abondante quantité de liquide ascitique jaune citrin ; on aperçoit les anses intestinales agglutinées et recouvertes d'un semis de granulations tuberculeuses. Au moyen d'une longue canule en verre, on fait passer dans la cavité péritonéale 4 litres de liquide aseptique. On met à sec avec des compresses la cavité abdominale et on ferme par trois plans de sutures : péritonéale, musculaire, cutanée. Pansement compressif.

25 novembre. — La réunion est parfaite ; le liquide ne s'est pas reproduit. Le pansement est supprimé et remplacé par du collodion iodoformé pour faire une légère compression. Le malade sort le 21 décembre 1898.

1^{er} janvier 1899. — L'état général s'est considérablement amélioré ; plus de diarrhée, bon appétit, mais le liquide ascitique s'est partiellement reproduit. Nous ne pouvons constater que cette amélioration ; le cas est trop récent pour qu'on puisse apprécier le bénéfice que le malade a retiré de la laparatomie.

OBSERVATION XVIII

(Service de M. le professeur Estor).

Mathilde G..., 15 ans. Entrée à l'hôpital le 15 novembre 1898.

Antécédents héréditaires : Mère morte rapidement de pneumonie. Père mort jeune de maladie inconnue. Un frère et deux sœurs en bonne santé.

Antécédents personnels : Il y a trois ans, ulcération de la jambe droite, qui n'est pas encore cicatrisée aujourd'hui ; puis, sont survenues ensuite des ulcérations semblables au côté droit de la poitrine et à l'extrémité inférieure du bras gauche. Elle n'a jamais été réglée.

Début de la maladie actuelle en juillet 1896.

Etat actuel, le 21 novembre 1898 : Le ventre est globuleux, proéminent, rénitent, mat dans presque toute son étendue. La matité est limitée en haut par une ligne courbe à convexité supérieure. Par la palpation on a nettement la sensation de flot ; la matité perçue au niveau des flancs n'est pas remplacée par de la sonorité lorsqu'on fait mettre la malade dans le décubitus latéral. Les caractères cliniques sont ceux d'un kyste de l'ovaire.

Etat des ulcérations : Ostéite tuberculeuse, fistuleuse de la diaphyse tibiale droite, du 1/3 supérieur de la diaphyse humérale gauche, ostéite tuberculeuse de la huitième côte.

Etat général assez bon, bon appétit, bon sommeil. Viscères sains.

Opération, le 21 novembre : Anesthésie à l'éther ; incision sur la ligne médiane de 8 centimètres de long, partant de l'ombilic. La ligne blanche une fois sectionnée, on ouvre la cavité péritonéale, et il s'écoule aussitôt une abondante

quantité de pus, environ 4 ou 5 litres. Ce pus est bien lié, homogène, couleur purée de pois. Après avoir largement lavé la cavité péritonéale à l'eau stérilisée, on met une mèche de gaze préalablement trempée dans la glycérine créosotée. On ne ferme pas l'extrémité inférieure de la plaie, de façon à laisser un passage à la mèche, et le reste de la plaie est fermé comme après toute laparatomie.

Diagnostic : Péritonite tuberculeuse suppurée. L'examen du pus, au microscope, n'a pas permis de constater la présence de micro-organismes.

Premier pansement, 7 décembre 1898 : La plaie est très bien réunie ; il s'écoule, lorsque on a enlevé la mèche de gaze, une abondante quantité de pus, ayant les mêmes caractères que le jour de l'opération. Lavage de la cavité à l'eau bouillie ; la mèche de gaze est remplacée par un drain.

8 décembre 1898 : Pansement, la suppuration est bien moindre qu'hier. Lavage à l'eau bouillie, puis injection par le drain de 20 centimètres cubes d'huile créosotée à 5 0/0 (1 gr. de créosote). Cette huile a été préalablement portée à 180 degrés, et le pansement a été fait aussi aseptiquement que possible.

14 décembre : La suppuration diminue toujours. Pas de fièvre. Etat général excellent. Injection d'huile créosotée.

20 décembre 1898 : Le drain est tombé il y a trois jours, et la température s'était légèrement élevée. On le remet sans difficulté ce matin. Pas de suppuration.

4 janvier 1899 : Il existe encore un trajet long de 6 centimètres et large de 4 centimètres ; la suppuration est presque tarie. Par la pression on fait sourdre quelques grumeaux. Le drain est supprimé.

Etat général excellent. Pas de fièvre. *L'ostéite tuberculeuse du tibia droit et de l'humérus gauche paraît guérie* ; au niveau de la huitième côte, on constate la présence de quelques gouttes de pus, mais la suppuration a beaucoup diminué.

Deuxième Groupe

A cette catégorie, se rapportent des observations qui ont permis à leurs auteurs de faire à l'autopsie des constatations qui nous intéressent au plus haut degré. Chez des malades que la laparatomie avait guéris de leur tuberculose péritonéale et qui, plus tard, ont succombé à la bacilliose pulmonaire ou que toute autre affection a emportés, quelques chirurgiens ont recherché les anciennes granulations tuberculeuses du péritoine ; ils ne les ont plus retrouvées.

OBSERVATION XIX

HOFMOKL (Kummel, *Arch. f. Klin. Ch.*, 1888.)

Hofmokl, dans le but d'éclaircir un diagnostic douteux, fit une ponction exploratrice chez une jeune fille de 17 ans qui, huit mois auparavant, était encore bien portante. Il évacua six litres de liquide et put sentir à travers la paroi une tumeur manifeste, grosse comme le poing d'un enfant. Il fit alors la laparatomie et trouva une péritonite tuberculeuse. Le diagnostic fut confirmé par l'examen microscopique. Il obtint une réunion par première intention. La malade eut une amélioration notable tout d'abord, puis elle mourut six mois après ; il fit l'autopsie et il ne retrouva pas de *lésions en quantité notable*.

OBSERVATION XX

(HIRSCHBERG, in *Bruhl. Gazette Hop.*, 1890.)

Hirschberg rapporte l'observation d'une malade à qui il avait fait la laparatomie ; l'incision permit de constater sur le péritoine l'*existence de granulations tuberculeuses très confluentes* dont la grosseur variait de celle d'une lentille à celle d'un pois ; on lava le péritoine avec une solution de sublimé ; guérison opératoire. Huit mois après, la malade mourut de phthisie pulmonaire. A l'autopsie, *le péritoine était net* et on ne trouvait plus trace des nombreuses granulations, que l'on avait autrefois constatées.

OBSERVATION XXI

(AHLFELD, in *Bruhl. Gaz. Hop.*, 1890.)

Ahlfeld rapporte l'histoire d'une malade chez laquelle, dans le cours d'une opération abdominale, on trouva le *péritoine couvert de granulations*. La malade mourut un an et demi après ; à l'autopsie, *le péritoine était complètement uni et lisse* et il ne restait plus trace de granulations.

OBSERVATION XXII

Docteur PICQUÉ (in *Soc. chirurg.*, 11 octobre 1893).

La nommée X..., âgée de 30 ans, était restée bien portante jusqu'à l'âge de 24 ans. A la suite de trois grossesses normales qui se succédèrent alors à courts intervalles, elle remarqua l'existence, dans le flanc gauche, d'une tuméfaction non dou-

loureuse, qui fut diagnostiquée un rein flottant, et qui persista dans le même état pendant deux ans, ne s'accompagnant que de phénomènes dyspeptiques et d'un amaigrissement assez notable. Au bout de deux ans, surviennent des douleurs abdominales assez vives qui obligèrent la malade à garder le lit pendant un mois. Quand elle voulut se lever, elle s'aperçut que son ventre avait pris un développement considérable. C'est ce qui l'engagea à entrer à l'hôpital Lariboisière en janvier 1893. Le diagnostic fut fort difficile, et, par exclusion, se fondant sur la coexistence de lésions minimes des deux sommets pulmonaires, M. Picqué porta le diagnostic de péritonite tuberculeuse. Il proposa une laparatomie exploratrice, qui fut pratiquée le 20 avril. L'incision du péritoine fit écouler une petite quantité de liquide séreux. Les deux feuillets du péritoine étaient recouverts d'un *semis de granulations tuberculeuses*. De plus, dans l'épaisseur du mésentère, on pouvait sentir une *grosse masse dure et des ganglions tuberculeux*. M. Picqué se contenta de faire des attouchements sur tout l'abdomen avec du naphtol camphré, referma le ventre en faisant un drainage avec de la gaze. Les suites furent simples; les douleurs abdominales disparurent, et la malade put sortir de l'hôpital avec toutes les apparences de la guérison.

Deux mois après, elle entra dans le même service, pour un phlegmon gangréneux du cou, auquel elle succomba en huit jours.

A l'autopsie, on put constater que le péritoine ne contenait plus de trace de liquide, que *toutes les granulations tuberculeuses des feuillets viscéral et pariétal du péritoine avaient disparu*, et que la tumeur mésentérique avait notablement diminué.

Troisième Groupe

Nous avons apporté un soin jaloux aux observations qui constituent ce dernier groupe. Des chirurgiens en renom ont eu la faveur de faire sur le vivant les constatations qui avaient frappé Hirschberg à l'autopsie. Ils ont eu l'occasion de rouvrir le ventre ultérieurement, de faire une seconde laparatomie pour une éventration, pour une hernie ou pour traiter une autre affection, et ils ont trouvé le péritoine guéri et sans lésions. Il y a, en tout, onze observations disséminées dans de nombreuses publications ; on ne les trouve pas dans les thèses ayant traité de la péritonite tuberculeuse ; nous avons remué ce qui a paru sur cette question ; nous donnons neuf de ces observations ; notre connaissance de l'anglais et de l'italien nous aurait permis de traduire les deux autres, si nous avions eu sous la main des journaux étrangers en plus grand nombre.

De ces observations *particulièrement démonstratives* on tirera clairement que, par la laparatomie, la *guérison* de la péritonite tuberculeuse n'est pas seulement clinique, mais qu'elle est complète aussi au point de vue *anatomique*, quelle que soit l'hypothèse envisagée pour en expliquer le mécanisme.

OBSERVATION XXIII

CECHERELLI, Soc. italienne chirurg., 1889 (*in Rev. de chirurgie*, 1889.)

Garçon de 11 ans, chez lequel une ascite s'était développée lentement. Laparatomie. *Péritoine couvert de tubercules*. Lavage au thymol, pansement iodoformé. Mais au bout d'un mois l'as-

cite s'est reproduite. Une nouvelle laparatomie permit de voir de nombreuses adhérences entre les anses de l'intestin grêle et des *tubercules moins nombreux*.

Un mois après, le liquide avait notablement diminué, mais on constatait des signes d'induration au sommet d'un poumon. Dans les fragments de péritoine excisés lors de la première opération, tubercules histologiques ; cultures négatives. Dans les fragments du péritoine excisés lors de la deuxième opération, *les tubercules avaient disparu en certains points*. Dans deux fragments, on voyait autour des tubercules une guirlande épaisse de tissu connectif de nouvelle formation. Les cultures donnèrent des résultats négatifs.

OBSERVATION XXIV

KEETLY (*in Lancet*, 1890, t. II. Traduction personnelle.)

Maud S..., âgée de 18 ans ; a été opérée, il y a deux ans, par le docteur Venn ; elle croyait avoir une tumeur de l'abdomen. L'incision exploratrice médiane montra l'existence de tubercules du péritoine. *Chaque portion de péritoine fut vue recouverte de tubercules* d'aspect et de grosseur différents. On referma. La malade se rétablit, mais elle négligea de porter une ceinture quelconque et travailla. Une large hernie se développa dans la cicatrice, et le docteur Venn demanda Keetly pour la cure radicale de cette hernie. Le point le plus intéressant de ce cas, c'est que *la seconde opération ne laissa voir aucun signe de tuberculose péritonéale*, alors qu'à peine douze mois auparavant le même péritoine avait été trouvé recouvert de granulations tuberculeuses.

OBSERVATION XXV

SCHMITZ (Centralblt. f. gynæk., 1891, page 427).

(Résumée).

Une fillette de trois ans, mère tuberculeuse, voit se développer, en quelques mois, tumeur abdominale qui s'étend en haut 2 cent. au-dessus de l'ombilic, latéralement à 2 cent. des épines iliaques et se prolonge en bas jusque dans le grand bassin, prolongement dans l'hypocondre droit 4 cent., dans l'hypocondre gauche plus petit. Cette tumeur, volume du poing, surface lisse, consistance inégale, fluctuante et dure par endroits, est mate dans toute son étendue. Organes abdominaux et thoraciques sains ; fonctions digestives assez bonnes, état général défectueux. Laparatomie. Tumeur et feuillet pariétal séreux parsemés de *granulations très nombreuses* de la grosseur d'une lentille, d'aspect vitreux, saignant très facilement. Suites opératoires assez favorables, mais la plaie s'ouvre de nouveau. Cicatrice complète et disparition tumeur un an après l'intervention. Un an et demi après, l'enfant atteinte de hernie abdominale est opérée par Schede à Hambourg ; celui-ci, à l'ouverture du ventre, ne trouve *plus de traces de la tuberculose préexistante* et constate *de visu* sa *guérison complète*.

OBSERVATION XXVI

RICHELOT (in *Un. med.* 1891 et in *Bull. Soc. ch.*, 1892).

Une jeune fille de 22 ans m'est adressée à l'hôpital Tenon, le 27 mai 1890, comme ayant un kyste de l'ovaire. Augmentation de volume du ventre et douleurs depuis cinq ou six mois. Matité hypogastrique due à une ascite peu abondante. L'aus-

cultation ne révèle rien d'anormal, mais il y a des troubles dyspeptiques, anorexie, gastralgie, constipation opiniâtre ; insomnie et agitation nocturne. La laparatomie exploratrice, pratiquée le 8 juin, fait sortir deux litres de liquide transparent et jaunâtre et montre la *surface du péritoine viscéral et pariétal envahie toute entière par des granulations tuberculeuses confluentes*. Lavage discret à l'eau bouillie.

Bien rétablie en nous quittant, cette jeune fille est entrée à Beaujon cinq mois plus tard ; son ventre avait grossi de nouveau. M. Labbé fit une seconde laparatomie dont elle guérit.

Il se produisit ultérieurement chez cette malade une éventration assez considérable que M. Richelot dut traiter par la cure radicale. Au cours de cette opération il constata qu'il *n'existait pas traces de granulations inflammatoires*, le péritoine était lisse, poli, d'une coloration normale ; sur la paroi, sur l'intestin, *partout, la séreuse était saine*, les anses intestinales, libres et mobiles, n'adhéraient ni entre elles ni à la paroi.

La péritonite tuberculeuse était parfaitement guérie sans qu'on puisse trop savoir par quel mécanisme.

OBSERVATION XXVII

ROUTIER (Académie Sciences, 11 avril 1892.)

Un enfant est atteint de péritonite tuberculeuse à forme ascitique ; on pratique la laparatomie, et l'analyse du liquide démontre que les *bacilles tuberculeux y sont en quantité considérable* ; un an après, les phénomènes se reproduisent ; nouvelle laparatomie ; *il n'y a plus de granulations et le liquide ne contient plus de bacilles*. Guérison complète.

OBSERVATION XXVIII

Société clinique, 11 novembre 1892.

Lanford Knaggs rapporte qu'il a eu l'occasion d'opérer pour une hernie de la ligne blanche une jeune femme qui, *cinq ans et demi auparavant, avait subi la laparatomie pour une péritonite tuberculeuse*. Au cours de cette première opération, on avait constaté que les intestins, le mésentère et le péritoine pariétal étaient *parsemés de tubercules confluent*s de consistance gélatineuse et de couleur rosée. Les symptômes péritoniques disparurent à la suite de l'intervention et la *malade redevint vigoureuse et bien portante*. Au mois d'octobre 1891, une hernie épiploïque se montra au niveau même de la cicatrice abdominale et fut opérée le mois suivant. La partie d'épiploon qui se présente sous le bistouri était saine et le péritoine pariétal était partout parfaitement lisse. Il en était de même de l'intestin grêle ; en un mot, *il ne restait pas trace de lésions constatées lors de la première intervention*.

OBSERVATION XXIX

M. JEANNEL (*in* Delafont, Toulouse, 1893)

(Résumé)

Lucie C..., 19 ans et demi, ménagère, a été laparatomisée une première fois, le 22 janvier 1891, pour une péritonite tuberculeuse généralisée à forme ascitique ; à ce moment : péritoine pariétal épaissi ; il s'écoule trois ou quatre litres de liquide ascitique clair ; on constate sur les anses intestinales et sur la surface péritonéale de *petites granulations* ainsi que de *gros tubercules* jaunes et caséeux, du volume de grains de maïs. Les franges du pavillon de la trompe sont libres, mais infiltrées

de tubercules, l'ovaire est aplati par le péritoine, l'utérus est en antéflexion. On se contente de laver avec 15 litres d'eau filtrée et bouillie. Suites normales, petit abcès pariétal profond ; fistulette.

Le 20 novembre 1892, l'opérée revient dans le service avec une éventration au niveau de la cicatrice. Bon état général.

Le 8 décembre, cure radicale ; le *péritoine*, jadis couvert de granulations, est *absolument lisse et normal*, *l'intestin lui aussi est absolument dépourvu de granulations*. Cependant on trouve, sur une frange épiploïque, un grain jaunâtre et dur, qui, inoculé sur un cobaye par M. Bardier, interne du service, donne une *inoculation négative*. Les annexes, malades, sont extirpés. Suites régulières ; la malade ne se ressentait plus de sa maladie, son ventre était plat et très souple en 1893.

OBSERVATION XXX

BUMM (*in S. ch.*, 23 octobre 1893.)

Bumm a fait deux fois, en huit semaines, la laparatomie pour une péritonite tuberculeuse ; la première fois on put constater histologiquement l'existence de toutes les *lésions tuberculeuses* classiques et bactériologiquement la présence du bacille de Koch ; la deuxième fois, au contraire, *il n'y avait plus de bacilles*, et les *tubercules*, infiltrés de cellules rondes, étaient en voie de guérison.

OBSERVATION XXXI

(Röersch, de Liège, *in Rev. chir.*, 1893.)

(Résumée).

O. M..., 32 ans. Abdomen ballonné, sensible à la pression, veines de la paroi gonflées. Diminution de sonorité aux deux

bases ; constipation, douleur ; température de 38 à 39°. Opérée pour péritonite tuberculeuse ascitique le 17 juillet 1889 ; grande quantité de liquide jaune-verdâtre ; l'épiploon est épaissi, infiltré de granulations ; le péritoine pariétal et viscéral est *farcé de fines granulations grisâtres*. Lavage. Suites normales.

Le 7 avril, la malade quitte l'hôpital et est complètement guérie.

Le 10 avril 1891, la malade revient à l'hôpital, elle a meilleure mine ; le teint est coloré, le pouls est plein, le liquide abdominal ne s'est plus reproduit, mais comme elle a négligé de porter une ceinture après la première opération, il s'est développé une hernie de la ligne blanche. Opération.

Le péritoine tant viscéral que pariétal se montre absolument lisse ; on n'y trouve plus traces de nodosités ; *la séreuse sur toute sa surface a repris ses caractères normaux comme si jamais elle n'avait présenté d'altérations*.

On a donc pu constater dans ce cas, par une seconde laparatomie, la guérison anatomique de la péritonite tuberculeuse diagnostiquée indubitablement lors de la première opération.

VI

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

A l'origine du traitement chirurgical appliqué à la péritonite tuberculeuse, les indications étaient un peu vagues, timides plutôt; les succès s'appuyaient plus sur la conception de promoteurs que sur des faits nombreux : la sécurité, la pratique de l'antisepsie devaient assurer des résultats à cette entreprise audacieuse, mais leur audace était souvent retenue par une série de contre-indications; ils donnaient aussi sur le mode de guérison des explications encore moins explicatives que celles que nous avons aujourd'hui.

A mesure que la statistique grossit, les indications deviennent plus nettes, plus pressantes, et, par une sorte de compensation, se restreint l'énumération des contre-indications. Elles deviennent bien limitées devant les dernières communications, s'ajoutant à d'autres cas heureux et pour une forme qui était, pour les médecins, la plus formelle contre-indication; et le mode de guérison est encore mystérieux. Les contre-indications qui persistent sont donc en partie des préceptes que le chirurgien doit envisager pour toute intervention chirurgicale, et il n'est pas de notre cadre de trop nous y arrêter.

La péritonite tuberculeuse avec ascite est curable spontanément ou sous l'influence d'un traitement médicamenteux, diététique et hygiénique; des faits nombreux avec contrôle bactériologique l'attestent (Boulland, Peter, Le Gendre, Du Cazal, et

tous les médecins d'enfants) ; nous ne saignons plus, ce n'est plus le siècle des lavements, nous appliquons une thérapeutique riche, raisonnée ; nous vous appellerons quand il n'y aura plus d'éléments suffisants de résistance, lorsque la lutte deviendra inégale, dès qu'il y aura aggravation de la péritonite, augmentation de l'ascite, de l'amaigrissement, des vomissements, de la fièvre vespérale, apparition d'un épanchement peu abondant dans la plèvre ; lorsque l'intervention armée court risque d'être moins favorable, pourraient-ils ajouter. Mais nous n'aurons pas fréquemment recours à vous, nous avons découvert dans le liquide épanché une substance ayant manifestement une action bactéricide (Gatti) et comme nous mettons le sujet en état de résistance, l'ascite en est souvent l'expression, tout rentrera dans l'ordre normal. Tous les cliniciens ont porté un pronostic funeste ; dans leurs traités qui furent ou qui sont encore classiques, ils donnent une terminaison fatale (Grisolle, Aran, Guéneau de Mussy, Siredey, Danlos, etc., etc.) ; ils ont regardé comme des exceptions les rares exemples de guérison qui n'atténuent en rien le pronostic fatal de cette maladie ; or, ce pronostic est devenu presque bénin depuis l'application de la laparatomie à la bacillose péritonéale. Quelle que soit l'interprétation de l'ascite, les espérances qu'elle vous promet, elle est une indication opératoire ; dès qu'elle est reconnue provenir de la péritonite tuberculeuse ou soupçonnée telle, il faut ouvrir ; il faut laparatomiser avant la généralisation, avant l'amaigrissement, avant les sueurs, avant la cachexie ; après l'intervention vous reprendrez et continuerez le traitement médical tonique, reconstituant ; il portera alors sur un terrain plus favorable et dans de meilleures conditions. Adjuvant utile et même indispensable il achèvera la guérison, préviendra les récidives. On doit se rappeler les faits où une expectation prolongée et qui semblait encourager une rétrocession partielle des symp-

tômes péritonéaux a entraîné l'infection secondaire du poumon. On sait, de nombreuses observations le certifiant, que la laparatomie a pu favoriser la régression des lésions pulmonaires, améliorer l'état du poumon: Kummel, Pribram, Weeler, Johnston, Thompson, Schwartz, Parker, Sims, Mautrange, etc. : comme le professent Jalaguier, Terrillon, Duplay-Routier etc., il faut opérer pour cette raison qu'on augmente les chances de guérison des malades comme on l'a dit à la Société médicale des hôpitaux. Au point de vue des résultats, c'est dans cette forme ascitique que les succès sont les plus nombreux ; la forme enkystée est plus avantageuse que la forme généralisée ; la chronique que la subaiguë ; même dans la miliaire, la guérison est fréquente quand le liquide est abondant. Toutes les statistiques sont favorables ; ainsi Aldibert : 93,8 et 100 p. 100 chez l'enfant, 71 et 76 p. 100 chez l'adulte ; en parcourant les nombreuses observations publiées, on induit nettement que la guérison est pour ainsi dire la règle : l'intervention est justifiée. Imbus de cette idée que la péritonite peut guérir spontanément à l'aide de la thérapeutique médicale, vous attendrez instamment la guérison ; les symptômes d'aggravation ne vous effrayeront que progressivement et quand vous vous déciderez à appeler, c'est que l'état du malade sera souvent désespéré. La laparatomie fait encore des miracles, mais au moins faut-il que vous l'invoquiez dès que vous avez constaté votre impuissance à guérir. Vous avez ponctionné pour *éviter l'opération*.

L'antisepsie assure aujourd'hui des résultats à des opérations bien dangereuses et nous sommes loin de l'époque où l'ouverture de la cavité abdominale était regardée comme une témérité opératoire. On laparatomise pour un diagnostic douteux ; lorsque l'examen le plus méthodique, la palpation la plus attentive ne suffisent pas à donner une notion exacte, l'incision exploratrice devient le complément nécessaire du diagnostic

hésitant ; à plus forte raison, l'ouverture du ventre ne doit éveiller aucune objection quand le diagnostic est bien établi. Ferait-elle courir quelque danger au malade, qu'il est néanmoins du droit et du devoir du chirurgien de pratiquer cette intervention ; elle est pour le tuberculeux du péritoine, la seule chance de salut ; il a tout à gagner et rien à perdre ; les rares cas malheureux qu'on a voulu lui imputer étaient dus à la maladie qui marchait rapidement vers la mort : donc *l'opération n'est pas nuisible* ; les nombreuses observations anciennes et récentes avec leurs résultats ultérieurs et éloignés en donnent une conviction fondée.

L'opération est le plus souvent de la plus grande utilité ; elle a amené la guérison dans des cas compliqués où on a dû détacher des adhérences multiples, râcler des parties caséeuses, réséquer des anses intestinales, en un mot dans toutes les variétés de péritonites tuberculeuses ; dans la forme ascitique, elle se borne souvent à une simple incision et est ainsi débarrassée des dangers des autres complications. *Même dans les cas qui doivent se terminer fatalement, l'opération a été suivie presque toujours d'une amélioration marquée* ; il nous faudrait citer tous les auteurs qui ont traité cette question. On a vu des malades condamnés, être améliorés, se trouver relativement bien, plusieurs années ; leurs lésions pulmonaires, quand il en existait, loin d'évoluer vers la généralisation, se sont limitées, ont disparu ; toutes les interventions n'ont pas évidemment donné de tels résultats, mais ils se comptent encore, et il ne laissent pas d'être encourageants si on les compare à ceux que donne dans ces conditions un traitement purement médical.

Verneuil a hésité et d'autres après lui hésitent encore avant d'intervenir chirurgicalement dans des tuberculoses localisées, craignant une *généralisation pulmonaire à brève échéance*, qui emporterait rapidement le malade. L'expérience montre chaque jour que les opérations sont bien supportées par les tuber-

culeux ; ils fournissent d'ailleurs un grand contingent aux interventions ; la chirurgie serait réduite de beaucoup si la loi de Verneuil retenait les chirurgiens. M. le professeur Estor vous montrera un jeune homme qui a eu onze manifestations tuberculeuses éparses, diverses ; pour chacune d'elles l'habile chirurgien est intervenu ; le malade se promène. M. le professeur Tédénat nous disait tout dernièrement, dans une causerie clinique, que sa longue carrière chirurgicale ne lui avait permis de voir que deux cas de généralisation ; encore ne s'était-elle produite que cinq ou six mois après l'intervention et était-elle plus imputable à l'état général des sujets qu'à l'opération. La généralisation est rare, la propagation, lorsqu'elle est observée, se fait dans des conditions exceptionnelles de lenteur, de tissu à tissu, par poussées successives, prête toujours à rétrocéder. Les cas de généralisation qu'on cite se sont produits bien après (Hegar, obs. IX de Maurange) ; Kœnig six mois après ; Czerny (obs. XXXVII de Pic) deux mois après ; Delafont, dans sa thèse, donne six observations : de deux à six mois ; tous ces malades présentaient au moment de l'intervention, des lésions plus ou moins étendues du poumon ; on ne peut accuser l'intervention d'avoir hâté la fin ; elle a été plutôt cause du bien-être post opératoire ; elle a permis cette résistance assez prolongée. La crainte de la généralisation loin d'être une contre-indication, est une indication ; la péritonite tuberculeuse reste, très souvent au début, limitée, au péritoine ; c'est une affection locale ; l'intervention attaque, modifie, détruit le foyer ; elle fait disparaître la menace permanente d'infection pouvant se propager au-delà ; elle fait espérer une *impunité*, dans la suite, pour le sujet guéri. Marfan a même admis, ces derniers temps, que lorsqu'un foyer de tuberculose s'éteint spontanément, il confie au sujet une sorte d'immunité contre la généralisation du processus tuberculeux.

L'ascite est aussi une indication pressante quand elle est

symptomatique ou contemporaine de tuberculose des annexes ; Bouilly, Terrillon, Routier, Jeannel préconisent l'intervention précoce. Le diagnostic de la péritonite tuberculeuse n'est pas déjà chose facile par lui-même ; s'il masque celui des annexes, ou si le diagnostic de tuberculose des annexes rend impossible celui de la péritonite, il n'y a nullement contre-indication ; la plupart des opérations traitées dans ces cas, le plus souvent à la suite d'une erreur de diagnostic, n'ont donné que des succès. « Dans les salpingites tuberculeuses, la péritonite tuberculeuse, loin d'être une contre-indication à l'intervention, est une indication de plus » Delbet. L'existence de ces lésions péritonéales est peut-être moins rare qu'on ne croit dans les salpingites tuberculeuses. Bouilly se demande si l'ascite, qu'a décrite Cruveilhier sous le nom d' « ascite de jeunes filles », en la rapportant à la congestion des organes génitaux au moment de la puberté, n'a pas le plus souvent comme cause initiale la tuberculose des ovaires, des trompes, ainsi que du péritoine. L'auteur eut occasion d'opérer deux fois et il trouva des lésions tuberculeuses, généralisées au péritoine pariétal sous-ombilical ; il y avait en outre, des granulations confluentes à la surface de l'ovaire et de la trompe avec une salpingite suppurée. En ce qui concerne les indications opératoires pour ces formes en particulier, voici les conclusions que Bouilly proposait à la Société de Chirurgie : « Dès qu'on a des raisons de soupçonner l'existence de lésions tuberculeuses des ovaires et des trompes, on ne doit pas hésiter à intervenir chirurgicalement, car il y a un véritable intérêt à supprimer ainsi les foyers tuberculeux qui sont la cause des lésions péritonéales ; l'existence de l'ascite est à elle seule une indication, attendu que dans beaucoup de cas, la forme ascitique est liée à des lésions des annexes dont on sera ainsi conduit à paratiquer l'ablation ».

La *tuberculose intestinale* n'empêchera pas l'intervention ; il est certain que maintes fois, l'entérite tuberculeuse a existé

et qu'elle est restée méconnue ; elle a passé inaperçue au milieu des signes cliniques observés et des lésions anatomiques constatées ; elle doit exister souvent, parce qu'on ne la voit pas et qu'il n'est pas possible de la reconnaître ; elle est alors limitée, localisée ; elle est susceptible de guérison et ne contre-indique pas l'opération de la péritonite. Kœnig prétend que les lésions péritonéales sont consécutives aux lésions intestinales primitives ; sur 107 cas, Kœnig aurait trouvé 83 fois la tuberculose intestinale primitive ; cette opinion n'est pas reçue par tous ; on sait, aujourd'hui, que les bacilles peuvent traverser les parois de l'intestin sans y provoquer des lésions de l'entérite. Si elle est étendue, elle aggrave le pronostic opératoire ; néanmoins, même dans ces cas, la laparatomie peut guérir (Ross) ; c'est une situation à peu près analogue à celle d'un croup infectieux au point de vue de la trachéotomie. Chez un grand nombre de malades, on note la diarrhée au milieu des antécédents morbides et fréquemment elle disparaît après l'opération. Dans certains cas, on a constaté même *de visu*, l'existence des ulcérations bacillaires de la muqueuse intestinale, et malgré cela, la guérison est survenue (Israël). Si la laparatomie n'arrêtait pas l'évolution des lésions intestinales, si elle n'avait pas une terminaison aussi heureuse que celle donnée précédemment, elle resterait toujours palliative, comme le disent Cabot et Croom ; l'amélioration passagère qu'elle amène toujours, permettra à l'organisme de réparer ses forces, de soutenir avec plus d'avantages la lutte contre l'invasion bacillaire et si cette dernière triomphe, ce sera avec raison.

Les *manifestations tuberculeuses locales*, gommes de la peau, foyers ganglionnaires suppurés, fistuleux, osseux, ne contre-indiquent pas la laparatomie ; la guérison de la péritonite a été parfaitement obtenue dans ces conditions ; si ces foyers sont trop étendus, trop disséminés, si l'intervention paraît

pouvoir être un peu retardée, si la lésion péritonéale ne joue qu'un rôle secondaire, comparée à ces manifestations, il est préférable d'attendre que le pus ait diminué d'importance.

Très souvent, la laparotomie arrête cette suppuration constatée au moment de l'intervention (Observ. XVIII M. Estor).

La *dissémination* des lésions tuberculeuses, lorsqu'elle est l'indice de l'infection profonde d'un organisme débilité, qui a épuisé peu à peu sa résistance contre l'invasion bacillaire, devient une contre indication. Sans craindre que la laparotomie amène l'apparition d'une granulie, si les foyers morbides nombreux portent sur différents organes, l'amélioration produite par l'intervention, ne sera pas de longue durée et le chirurgien hésitera. On ne peut établir de règle générale, chacun jugera le cas, d'après l'examen clinique minutieux, d'après son expérience, d'après sa foi, serions-nous tenter de dire. Mais il ne faut pas oublier que si l'on voulait restreindre l'opération aux seuls individus tuberculeux du péritoine, ne seraient pas nombreux, les malades susceptibles d'être améliorés par le traitement chirurgical.

La *tuberculose pulmonaire* est une contre-indication absolue pour les uns (Spœth); la plupart des chirurgiens la regardent comme une indication de plus (Kummel, Parker-Sims, Schwartz): l'amélioration des lésions thoraciques est pour eux habituelle, après la laparotomie. Sims écrit: « Il est établi que la tuberculose pulmonaire est une indication pour et non contre l'opération, car l'amélioration rend le malade capable de mieux résister à la phtisie, et si celle-ci est au début, la guérison peut se produire ». Pic a voulu donner une formule générale: si le malade est plus péritonéal que pulmonaire, opérer; s'il est plus pulmonaire que péritonéal, s'abstenir.

Valenta von Marchturn (1897) a examiné ses malades à ce point de vue: 19 de ses opérés présentaient des signes de tuberculose pulmonaire, 2 ont complètement guéri, 6 ont

quitté l'hôpital en apparence guéris, 3 sont morts. En somme, ce n'est pas tant le degré, la gravité que l'étendue, l'extension des lésions que l'on doit prendre en considération ; on a vu guérir des malades avec une cavité moyenne dans un de leurs sommets ; par elle-même donc, la tuberculose pulmonaire ne constitue pas une contre-indication, elle est susceptible de s'améliorer après la guérison de la péritonite tuberculeuse ; s'il existe, si l'on compte plus d'une cavité, le chirurgien n'aura pas besoin qu'on lui pose de contre-indication ; il déposera le bistouri s'il juge son action inutile.

La *pleurésie*, par elle-même, ne suffit pas à faire rejeter l'opération ; la tuberculose par continuité de péritoine à plèvre (Godelier, Pernet) se traduisant par quelques frottements, un épanchement peu abondant, voire même quelques râles localisés à la base d'un des poumons, loin d'être un obstacle à l'intervention, est une indication pressante (Routier).

L'infiltration a gagné un lobe entier, on trouve des râles disséminés dans toute la poitrine, des deux côtés ; il y a un épanchement moyen dans la plèvre (Terrier) ; la laparatomie, dans quelques cas heureux, amènera une amélioration temporaire des phénomènes pulmonaires ; le plus souvent, elle donnera un coup de fouet à la maladie (Poncet). Pic la considère comme une contre-indication, lorsqu'il y a un épanchement avec fièvre ; Vierordt, quoique moins précis, est moins sévère « même lorsqu'il y a un processus tuberculeux à marche active dans la plèvre ou le péricarde, une incision péritonéale est souvent avantageuse ». Avec un mouvement fébrile assez élevé, la guérison a été obtenue (Observation Aldibert) ; la fièvre est alors sous la dépendance de l'état du péritoine plus que sous celle de l'inflammation spécifique de la plèvre ; il n'en est plus de même lorsque l'épanchement est très abondant et en voie constante d'accroissement, lorsqu'en somme le processus y est très étendu et en pleine évolution ; une malade de Poncet

mourut 12 jours après ; une autre de Terrier succomba 24 heures après l'opération ; le pronostic était presque fatal, c'était une dernière chance de salut que l'on tentait, l'état de la malade était extrême. Malgré ces deux cas malheureux, la laparatomie a donné des succès, surtout chez l'enfant, dont les facultés de réparation sont tellement actives, qu'on peut toujours espérer la guérison ; l'épanchement abondant avec tendance à progresser constitue un danger pour l'administration du chloroforme ; la malade de Terrier est peut-être morte de chloroforme ; car durant l'anesthésie elle avait une teinte asphyxique, de la cyanose des extrémités, un pouls rapide et très irrégulier ; malgré la rapidité de l'opération (20 minutes), elle resta dans le collapsus ; dans ces cas, si l'intervention est décidée, il vaudrait mieux suivre l'exemple de Richelot (observation VII).

L'*albuminurie* n'a pas empêché la guérison complète ; on trouve deux cas chez l'enfant dans lesquels les urines contenaient des traces (cas de Schmitz) ou un anneau assez épais d'albumine (cas de Poncet) ; cette albuminurie disparaissait dix jours après l'opération chez le malade de Poncet. Si l'albumine est due aux conjections rénales créées et entretenues par l'infection bacillaire, elle disparaîtra avec l'amélioration qui suivra la laparatomie ; si elle résultait d'une néphrite tuberculeuse, constatée par la présence du bacille dans les urines, elle pourrait être considérée comme une contre-indication.

Enfin, pour la *forme aiguë*, plusieurs auteurs sont pour l'abstention : Truc, Pribram, Pic ; leurs restrictions étaient dictées par le peu de tendance que semblait offrir cette forme à la guérison ; on citait aussi, au début, deux opérations suivies de mort ; l'une des deux malades avait été nettement améliorée pendant quinze jours, et n'avait succombé qu'aux progrès de la généralisation. Kœnig défendait l'intervention même dans ces cas ; Jalaguier partageait le même avis. Aujourd'hui, de nombreuses observations montrent que la forme aiguë est

curable par la laparatomie : Schmitz, Le Bec, Montgomery, Lyon, Richelot, Lucas-Championnière, Lejars, Poirier, Rou-tier, etc. Il est de fait, qu'en présence de ces malades, qui courent à une mort prompte et presque certaine, on n'a pas le droit d'assister froidement à la lutte de l'organisme contre l'infection bacillaire. Les révulsifs locaux, la glace, l'opium, médications symptomatiques, sont impuissants à produire une réaction salutaire. L'intervention attaque directement les lésions ; c'est le seul, l'unique moyen à essayer et avant que l'affaiblissement du malade ne soit extrême ; si malheureux que l'on redoute le résultat, il n'y a pas beaucoup à perdre ; mais très souvent l'opération est suivie de succès, et c'est à elle que les opérés doivent d'être arrachés à la mort.

Lorsque l'épanchement est *purulent*, il faut évidemment l'évacuer au plus tôt ; l'idée de livrer passage à l'extérieur au pus renfermé dans la cavité abdominale est très ancienne puisque Soranus, d'Ephèse, l'a émise « pour éloigner du corps le pus corrompu » *ubi pus, ubi evacua* ; le pronostic est presque fatal et reste en dehors des ressources de la médecine interne ; l'intervention est le seul moyen de salut qui reste au malade. Si le pus est abondant, il s'agit rarement d'une péritonite tuberculeuse pure ; le Koch a appelé d'autres éléments : bactérium coli, pneumocoque, streptocoque ou même le staphylocoque. Des signes appartenant à l'association microbienne, plus encore qu'à l'affection tuberculeuse, révèlent l'épanchement. Quand le pus est enkysté, il y a urgence à l'évacuer et l'opération est simple ; mais le plus souvent le pus est renfermé dans des loges différentes ; l'opération est alors plus pénible et quelquefois elle reste incomplète ; néanmoins, il n'y a pas de contre-indication ; car, même partielle, l'opération agira sur celles des poches qui, plus volumineuses et plus accessibles, pourront être vidées ; il y aura, pour l'individu, une source de moins d'infection et d'épuisement ; les autres poches, petites,

disséminées dans tous les coins de l'abdomen, cachées souvent par l'agglutination des masses intestinales, bénéficieront de l'action mystérieuse de la laparatomie ; on pourra espérer pour elles la guérison complète que Marfan espère chez les enfants ; et encore, les difficultés du diagnostic sont souvent telles qu'il n'y a pas contre-indication pour vérifier *de visu* l'état des lésions, libre à refermer le ventre sans faire plus, si l'on trouvait des lésions inattaquables ; l'intervention est justifiée ; elle produit une amélioration des symptômes subjectifs, un soulagement, même dans les cas d'insuccès (Korte, de Berlin).

Du développement qui précède, nous tirons des conclusions : l'intervention chirurgicale n'est pas grave par elle-même, pratiquée sous l'égide de l'antiseptie ; même dans les cas où la guérison définitive, souvent obtenue, ne vient pas à la suite de la laparatomie, les malades ont éprouvé, pendant un temps plus ou moins long, quelques mois, quelques années, une amélioration notable sur laquelle tous les auteurs insistent beaucoup et qui est bien due à l'intervention ; toutes les contre-indications qu'on se plaisait à énumérer tombent avec les données actuelles ; lorsque le chirurgien n'intervient pas, c'est qu'il ne trouve plus aucune chance de guérison, et non parce qu'il est retenu par les nombreuses restrictions qu'on lui opposait. Nous dirons avec Tait : « Je suis maintenant certain que c'est une négligence presque criminelle, que de laisser mourir un malade atteint de péritonite tuberculeuse, sans lui faire la section abdominale ». Nous ajoutons : « Il ne faut pas temporiser ; la gravité augmente au fur et à mesure que la lésion devient plus ancienne ; les anses intestinales contractent des adhérences avec la paroi, elles sont menacées d'étranglement (les cas n'en sont pas rares), elles risquent d'être lésées lors d'une intervention tardive, etc., etc. » Faite de bonne

heure, l'opération sera plus avantageuse, car elle attaquera alors une tuberculose locale chez un individu encore résistant, et le traitement médical consécutif pourra intervenir avec sûreté, efficacité (Aldibert). Nous voici à l'opération elle-même.

VII

MANUEL OPÉRATOIRE

Cito, tuto et jucunde.

Le malade est anesthésié à l'éther, au chloroforme ou au bromure d'éthyle même si l'on suppose que l'opération ne doit pas être de longue durée. Richelot, dans un cas où l'état des poumons, l'affaiblissement général du sujet lui inspirait des craintes opératoires, employa avec succès des injections de cocaïne (Obs. VII). L'incision sera médiane et sous-ombilicale, quoique le foyer paraisse circonscrit et latéral comme dans le cas où l'on se propose de traiter une lésion limitée, localisée ; la peau ne doit pas avoir pris part au processus inflammatoire ; dans le cas contraire, on choisirait un autre siège d'incision. Dans la forme ascitique enkystée, attaquer par la poche elle-même a rendu l'opération plus laborieuse ; l'ouverture médiane sous-ombilicale permet l'exploration exacte et surtout l'accès de tous les points de la cavité abdominale et en particulier du petit bassin. Toutefois, lorsqu'il s'agit d'un enfant et que le siège de la laparatomie est indifférent, le procédé de M. Brault, d'Alger, offre de réels avantages : incision sus-ombilicale ; la complexité des couches à traverser est moindre ; on risque moins de s'égarer, grâce à l'élargissement de la ligne blanche ; on risque moins une éviscération consécutive ; et, raison réellement sérieuse, on se trouve plus loin des chances multiples de contamination : vagin, urèthre, anus ; importance pratique quand il s'agit de

chirurgie infantile. Dans les cas ordinaires donc, incision rectiligne dans un sens vertical commençant au dessous de l'ombilic et s'arrêtant à 2 centimètres environ au-dessus de la symphyse pubienne; la peau sera divisée sur une longueur moyenne de 6 centimètres. L'incision des parties molles commande ici une extrême prudence qu'explique l'état de la paroi abdominale chez les tuberculeux du péritoine; la vascularité de la paroi est souvent considérable; les divers plans sont plus ou moins fusionnés par des adhérences et plus ou moins confondus; il n'est plus facile de les distinguer; dans quelques cas, le péritoine pariétal, très épais, a perdu sa coloration normale, son aspect ordinaire; chez l'enfant, la couche graisseuse sous-péritonéale, épaissie, ressemble souvent à de l'épiploon. Enfin, l'intestin adhère quelquefois d'une façon si intime à la paroi qu'il est arrivé à des chirurgiens distingués de léser l'intestin en incisant seulement la paroi. Deux fois, Démosthène, pour les quelques cas qu'il présentait au Congrès de chirurgie de 1889, disait avoir piqué l'intestin adhérent et distendu; il dut suturer par le procédé Lembert; on note cet accident 14 fois dans les observations. D'autres organes peuvent se présenter au bistouri, dans ces conditions défectueuses quand on incise franchement, nettement, comme pour une laparatomie ordinaire; nous citons une observation d'ouverture de la vessie (Obs. X); M. Malapert connaît ses rapports anatomiques pourtant et il est très adroit. En portant le bistouri comme un archet et attaquant lentement, convaincu qu'on peut rencontrer matière à ennui, on évitera la blessure des organes adhérents; les opérateurs expérimentés ont réparé ce contre-temps; d'autres pourraient être troublés et ne plus faire « de la bonne besogne ». Une fois la paroi incisée, le tissu cellulo-graisseux sous-jacent divisé, des pinces placées, reconnaître la ligne blanche à l'entrecroisement de ses fibres, y pratiquer une petite boutonnière, diviser directement sur la

sonde cannelée et sur une faible étendue pour prévenir l'issue des anses intestinales et ne pas avoir à lutter pour les rentrer dans l'abdomen, dans le cas où il n'y aurait pas d'adhérences. Quand le péritoine est à nu, y pratiquer avec les ciseaux une petite boutonnière; s'il est doublé par une couche épaisse de tissu graisseux, entr'ouvrir légèrement cette couche dans le sens vertical.

En général, dès que le péritoine est ouvert on voit s'écouler à flots un liquide d'apparence souvent louche, quelquefois franchement purulent, fétide ou non, avec une quantité considérable de fausses membranes; il faut prendre soin de modérer l'écoulement, au début surtout, de façon à éviter les dangers d'une déplétion trop brusque de l'abdomen; chez des sujets à respiration abdominale, pourrait survenir une syncope qui est toujours à redouter avec des modifications pareilles de pression. Quand le liquide touche à sa fin, il faut, autant que possible, aider à cette évacuation et la rendre complète par la compression des flancs. Après l'évacuation on trouve le plus souvent l'intestin couvert de fausses membranes très épaisses, très adhérentes; il faut se garder de chercher à enlever même les plus molles et surtout d'essayer de libérer les anses intestinales; leur tissu est devenu si friable que la rupture se produirait inévitablement; cet accident est arrivé maintes fois. Le doigt, si on juge l'exploration utile, explorera le mieux possible, c'est-à-dire avec le minimum d'effraction, la cavité abdominale, le petit bassin; ces manœuvres ne seront pas trop longues; jamais elles ne doivent menacer de devenir dangereuses par un choc voulu du péritoine et de tout l'organisme; si l'on trouve de petites collections, ouvrir les loges en procédant toujours avec une extrême circonspection sous peine de s'exposer à une perforation de l'intestin. Laver la cavité abdominale avec l'une des solutions antiseptiques variées: le mieux est d'employer la solution physiologique chauffée ou de

l'eau bouillie et à la température de 48 à 50°; d'après Delbet, l'antiseptique le plus recommandable serait l'acide borique; on n'a que l'embarras du choix pour donner la préférence à la substance, qui, dans diverses occasions, a donné de bons résultats et en qui on a le plus de confiance; cette pratique n'est pas indispensable pour quelques auteurs, nous la discuterons plus loin en traitant du lavage. La masse intestinale, qui était refoulée en haut et protégée par un véritable diaphragme de fausses membranes, s'est abaissée peu à peu pour reprendre sa place dans l'abdomen; dans les cas ordinaires, on suture sans drainer, nous en donnerons les raisons bientôt.

Quelques auteurs saupoudrent à l'iodoforme finement pulvérisé; cette pratique n'est pas sans danger, spécialement chez l'enfant; il faudrait d'ailleurs saupoudrer toute la surface du péritoine envahi par les tubercules, ce qui n'est pas commode, ou choisir les points les plus malades, ce qui serait dangereux.

Si la paroi est épaisse et résistante on fera la suture à trois étages; catgut en surget pour le péritoine affronté et adossé; soie fine pour la ligne blanche; crins de Florence ou soie pour la peau; si la paroi musculo-aponévrotique est très mince, les réunir en même temps que le péritoine; plusieurs auteurs suturent presque toujours en masse. Ils ont reproché à la suture à trois plans de favoriser la contamination du trajet de dedans en dehors; le fait est rapporté dans un grand nombre d'observations; Jalagnier, ayant rencontré cet inconvénient avec le catgut rendu difficilement aseptique, a renoncé à la réunion par étages; il n'emploie plus qu'un seul plan prenant toute l'épaisseur de la paroi, crins de Florence ou fil d'argent.

Quand on intervient pour la forme ascitique enkystée, on peut rencontrer des difficultés sérieuses, quelquefois insurmontables si l'on ne veut pas faire courir au malade le risque

de retirer un effet tout autre que celui qu'il attendait de l'opération. La paroi incisée, on ne tombe pas toujours sur la cavité; les anses intestinales sont comme collées entre elles, elles sont agglutinées; pour cheminer vers la collection présumée, il faudrait les décoller, les écarter, se donner du jour; si cette voie paraît trop dangereuse, il conviendrait de renoncer à se frayer un chemin et chercher à aborder la cavité par un autre côté.

Si l'on suppose rencontrer les mêmes difficultés avec une incision de siège différent, si les anses paraissent inséparables, il peut être favorable de placer, comme le fait Quénu dans les foyers appendiculaires, une mèche de gaze au voisinage de la collection, par ce moyen elle pourra se vider spontanément et sans danger. Felhing, dans une intervention, rencontra une tumeur fluctuante allant de l'épine iliaque droite à l'ombilic; il ne put l'ouvrir, il ouvrit, par ses manœuvres, l'intestin qu'il sutura d'ailleurs avec succès. D'autrefois, les difficultés résultent de ce que l'on croit à un kyste de l'ovaire adhérent; on n'a pas diagnostiqué une péritonite enkystée tellement la similitude est grande; la paroi abdominale ouverte, l'erreur persiste encore. Schmidt donne une observation démonstrative; incision, muscle droit antérieur gauche; au-dessous du tissu cellulaire, kyste d'apparence blanc bleuâtre, assez compact et enlacé par des tractus fibreux assez forts, adhérents à la paroi; dans le tissu cellulaire assez lâche, veines de la grosseur d'une plume de corbeau; adhérences détachées dans tous les sens sur une étendue de 5 cm., la main n'arrive pas dans la cavité abdominale; l'incision est prolongée au-dessus de l'ombilic et on traverse une paroi d'un centimètre d'épaisseur, paroi assez vasculaire; évacuation abondante de liquide séreux; le malade fait des efforts pour vomir; l'intestin fait hernie dans la plaie; il est recouvert d'un grand nombre de granulations blanchâtres, de nodosités de la grosseur d'un

pois à une lentille ; l'excavation de la paroi du prétendu kyste montre qu'elle n'est autre chose que le péritoine pariétal que l'on a décollé de tous côtés ; il serait facile de citer d'autres observations. La cavité kystique, une fois ouverte et débarrassée du liquide qu'elle renferme, il faut procéder à sa toilette ; il est dangereux, comme nous l'avons déjà dit, de curetter, d'enlever les adhérences ; il peut en résulter une hémorragie en nappe, des fistules intestinales (cas de Wheeler) que, d'une manière générale, il ne faut pas opérer ; les opérations qu'elles nécessiteraient au milieu de tissus friables et ramollis seraient trop complexes et trop sérieuses ; une observation de Czerny en témoigne ; on les abandonne à elles-mêmes, elles guérissent quelquefois assez rapidement.

La cavité débarrassée de son contenu, lavée, on excise franchement tous les lambeaux, on régularise complètement la surface de section si le décollement a été fait sur une grande étendue, on éponge, on lave à nouveau au besoin ; si le décollement est faible il suffira de comprendre dans la suture aponévrotique ou musculo-aponévrotique la couche superficielle de ce péritoine ; cette cavité péritonéale disparaîtra ainsi. Si la grande cavité abdominale a été ouverte, on peut suturer le sac à la paroi, au niveau de la communication des deux cavités ; on reconstitue l'isolement et l'enkystement complet de la poche tuberculeuse et on évite ainsi l'infection de la grande cavité abdominale ; on draine au moins 48 heures, drainage à la Mikuliez.

Lorsque, l'abdomen ouvert, on se trouve en présence de ganglions *mésentériques augmentés de volume et faisant tumeur*, d'épaississements marqués et espacés du péritoine, la conduite à tenir doit être dictée par une déduction rapide des suites probables de l'intervention. Si la tumeur est limitée, localisée, sans adhérences profondes, facilement disséquable, on l'enlève. Czerny, dans un cas de ce genre, parvint à l'énu-

cléer ; une autre fois il se contenta de l'inciser, de la curetter, de la drainer ; sa malade mourut de péritonite septique. Péan enleva de même, à l'aide du morcellement, une grosse tumeur reconnue tuberculeuse, et guérit son malade ; Terrillon, Terrier, pour des cas moins complexes, se retirèrent, fermèrent ; M. Mondot, dans l'observation que nous donnons, jugea prudent de ne pas toucher aux deux noyaux tuberculeux qui étaient comme fortement enchatonnés dans le péritoine, son opérée est encore vivante et bien portante ; même dans le cas où la laparatomie a été purement exploratrice, la guérison peut s'en suivre ; Picqué a vu la régression de ces masses tuberculeuses. Lorsqu'il existe une grande quantité de ganglions agminés ou dissociés en chapelet le long de la colonne vertébrale, on ne doit guère songer à les enlever, on doit se contenter d'espérer la régression. Quelquefois, on trouve les *annexes* malades ayant provoqué depuis quelques années des poussées de pelvipéritonite ; elles peuvent avoir été le point de départ de la tuberculose péritonéale, elles sont la menace d'une récurrence ; Jeannel, Poucel, Bouilly, Margarucci, les enlèvent. Cependant, si le bassin est rempli de fausses membranes unissant les anses intestinales entre elles, si les annexes sont trop adhérentes, l'ablation ne doit pas être tentée. On se contente alors de mobiliser, si possible, l'intestin, l'épiploon, de nettoyer et de fermer ; la clinique démontre que, même dans les cas d'intervention incomplète, la guérison a pu être obtenue (Boari) ; Terrillon cite 4 exemples, bien nets, très probants.

Quelles que soient les surprises que l'on rencontre, les difficultés prévues, avant, comme pendant toute la durée de l'opération, il ne faut commettre aucun solécisme contre l'aseptie, l'antiseptie ; à l'hôpital, le danger est moins sérieux à cause du personnel ; en clientèle on redoublera d'attention ; la plus légère faute, ici, risquerait être largement rétribuée ; on n'aura pas grande peine à observer toutes les règles de la méthode

chirurgicale actuelle si l'on en est bien imbu, si on est habitué à la voir pratiquer aussi sévèrement qu'à la salle d'opération de M. le professeur Estor et dans les différents services de la Faculté de Montpellier ; on aura alors le droit de tout espérer de la puissance du Bistouri.

LAVAGE

Après nous être bien rendu compte de l'état du péritoine et de l'intestin, examinons s'il faut faire la toilette du péritoine, s'il faut laver ou si nous devons simplement suturer. Vous poseriez cette question à un étudiant qui suit depuis quelque temps les salles d'opérations, mais qui n'a pas encore des connaissances bien approfondies sur le manuel opératoire qui nous intéresse, il serait bien étonné. Il vous dirait : « Vous avez bien lavé tout dernièrement en réduisant un intestin étranglé depuis cinq jours, et il n'était pas de trop bon aspect ; il n'y a pas bien longtemps encore, vous avez lavé en rentrant une portion intestinale que vous n'avez pas osé détacher du sac tellement elle était adhérente ; vous avez encore lavé pour cette dernière appendicite ; pourquoi laisseriez-vous le péritoine abdominal sale en la circonstance ? Le lavage, tel qu'on le pratique de nos jours, a été un grand facteur dans votre hardiesse chirurgicale, est-il inutile, devient-il dangereux pour le péritoine de cette région ? J'ai sans doute mal induit ? » Essayons de le faire comprendre :

Kœnig a montré que le nombre des succès est plus élevé dans les cas où l'on fait une simple ouverture de l'abdomen que dans ceux où l'on a employé le lavage ; il est établi, par des observations nombreuses, que la simple incision exploratrice sans toilette antiseptique du péritoine est souvent suivie d'une guérison définitive ; le lavage peut amener une syncope, fait traîner l'opération, puis, il n'est pas agent curateur. Tel.

est l'enseignement qui se dégage des différentes thèses à ce sujet ; de leur ensemble, vous essayez vainement de tirer une ligne de conduite nette sur cette partie du traitement.

Dans les observations de Kœnig, citées dans les différents journaux, vous trouvez que Kœnig lave souvent ; mais c'est là un simple détail ; on fait dire à la statistique, véritable sibylle, ce que l'on veut, quand cette statistique, dressée pour un fait à prouver, laisse découler une série de conclusions que chacun prend pour le besoin de sa cause.

Ainsi on a donné :

Guérison	{	72,5 0/0	Laparatomie	{	avec lavage
		74,3 0/0			sans lavage

On a compté, comme n'ayant pas été suivies de lavage, les opérations dont les observations ne disent pas si on a fait un lavage ou non. On a publié alors qu'on pouvait ne pas laver, qu'on ne devait pas laver, la statistique l'enseignant.

Nous avons ouvert le ventre, pour évacuer le liquide ascitique, pour mettre au contact bienfaiteur, régénérateur, de l'air, le péritoine et la masse intestinale où le bacille de Koch vivait tranquillement ; nous ne comptons pas sur le lavage comme agent curateur, nous employerions alors la méthode de Debove, Monnier, que nous avons discutée plus loin ; le lavage nous sert comme adjuvant. Il a l'avantage d'évacuer complètement l'ascite et les fausses membranes, molles, peu adhérentes, d'être utile dans certaines hémorrhagies ; nous sommes tentés aussi de lui attribuer une légère irritation locale que l'on recherche quelquefois avec des poudres antiseptiques laissées localement : pour toutes ces raisons nous laverons.

Par des expériences faites sur le cadavre on a montré, en faisant passer des liquides colorés qu'avec 4 à 5 litres sous une pression de 90 centim. toute la cavité péritonéale est lavée. Si

l'on est pressé, les appareils ordinaires exigeant du temps pour laisser couler cette quantité de liquide, il est préférable de se servir de bidons aseptiques de 7 à 8 litres, on a soin de ne pas faire verser de trop haut, il ne faut pas que le goulot soit trop étroit, car quand les membranes sont trop adhérentes, par suite d'une intervention tardive avec des lésions avancées, une trop forte pression, un liquide s'écoulant par une ouverture trop étroite, pourrait rompre les adhérences qui unissent les anses intestinales, ces dernières sont tellement friables, dans de si mauvaises conditions, que la moindre traction pourrait déterminer une perforation.

Baugmartner (Arch. f. *gg.* Bd. XXV, p. 167), croit que le lavage peut avoir assez de force pour détacher les couennes inflammatoires, adhérentes à l'intestin. Toujours est-il que les corps étrangers ou plutôt les déchets de l'inflammation, le sang versé pendant l'opération, sont entraînés par le lavage. Tant qu'il reste du liquide dans le péritoine il doit rester des produits dissous, en théorie ; mais la solution de plus en plus diluée devient si faible qu'on peut admettre que le lavage débarrasse la cavité des produits solubles qui y sont accidentellement pénétrés ; les résidus plus légers que l'eau, ceux même dont la densité n'offre pas une grande différence avec la densité de l'eau, sont entraînés par le courant ; il ne reste dans la cavité que les parties insolubles plus denses que l'eau et réduits au minimum, et cela quand il y a beaucoup de membranes et d'autres déchets.

On achève la toilette par des pressions telles qu'on peut les faire sans danger, on expulse le plus possible de liquide ; il resterait dans l'abdomen, après des expériences faites sur le cadavre de 200 à 500 grammes de liquide suivant la taille, la capacité de l'abdomen du malade,

Par des expériences, aussi minutieuses qu'exactes, faites sur des chiens, on a prouvé que le lavage n'a aucune influence

notable, ni sur la respiration, ni sur la circulation, et que, par suite il n'expose pas à des syncopes cardiaques ou respiratoires par voie réflexe.

Il convient d'avoir de l'eau à 45 ou 50°; en dehors d'un nettoyage plus énergique que celui produit par l'eau froide, qui peut refroidir les intestins, l'eau chaude produit des contractions des fibres musculaires lisses des vaisseaux mêmes ou des tissus dans lesquels ils sont compris.

L'absorption par le péritoine durant le lavage est considérable; il y aurait une augmentation totale de 90 grammes d'eau pour la masse totale du sang; c'est une véritable transfusion, utile dans certaines laparatomies qui durent longtemps; s'il y a eu perte de sang, l'eau bouillie à 7 0/0 de chlorure de sodium serait ainsi bien utile, l'absorption tiendrait lieu d'injection.

Polailion a eu un décès dans une ovariectomie, mais il se servit d'eau accidentellement plus chaude que celle qu'il avait employé au début du lavage.

Le lavage a été fait avec des substances antiseptiques, variées et à doses différentes; eau boriquée saturée; solution de thymol; d'acide salicylique à 3 0/0; acide phénique à 3 0/0; teinture d'iode à 1 0/0; phénosalyl; sublimé à dose.... forte. Varker, dans une péritonite tuberculeuse a obtenu un succès après un lavage avec une solution de sublimé à 5 0/00.

Le lavage doit être préféré aux éponges, aux compresses stérilisées, qui sont plus dangereuses à cause des adhérences, et qui ne délogent pas les déchets de toutes les parties de la cavité abdominale.

Ainsi pratiqué, il doit être employé à la place de la méthode de Debove et de Monnier.

En résumé, le lavage du péritoine n'est passible d'aucun reproche sérieux; il n'augmente pas la durée de l'opération, ne produit pas de traumatismes, il ne détermine pas de synco-

pes. Si son rôle comme agent curateur ne paraît pas prédominant, il reste acquis qu'il est d'une grande utilité adjuvante, antiseptique au moins, si on continue à lui refuser les autres qualités.

Tout au plus pourrait-on le proscrire dans une poche kystique purulente, non complètement fermée de toutes parts, communiquant avec la grande cavité abdominale ; alors des fausses membranes flottantes pourraient être entraînées de toutes parts et semer l'infection dans la cavité saine ; encore pensons-nous que le prolongeant plus que d'habitude et avec des précautions on écarterait tout accident. Il ne resterait alors aucune contre-indication.

DRAINAGE

Il s'agit du drainage après la laparatomie pour péritonite tuberculeuse, c'est seulement à ce point de vue que cette question nous intéresse.

Les Anglais et les Américains sont partisans du drainage. Si vous fermez l'abdomen, disent-ils, vous vous exposez à une récurrence ; le liquide se reproduit, il ne peut s'évacuer à l'extérieur, il s'accumule de nouveau dans le ventre, il nécessitera une seconde intervention (Kochs). A cela, on répond : le drainage n'empêche pas la récurrence qui n'est pas plus fréquente, alors même qu'on ait fermé l'abdomen ; quand le liquide se reproduit, le drainage ne garantit pas l'écoulement de l'exsudat de l'abdomen ; il sera toujours insuffisant car il n'est jamais que partiel, fut-il pratiqué à l'aide de tubes de caoutchouc ou de tubes rigides ; les anses intestinales dilatées par les gaz, nagent dans le liquide et viennent s'appliquer contre les ouvertures intra-abdominales de tubes qu'elles obstruent complètement ; elles peuvent être blessées, perforées. Autour de ces tubes, se forment rapidement des adhérences qui limitent une

cavité close bénéficiant seule du drainage. On cite les observations d'Alexandroff, de Wheeler, de Démosthène où une seconde laparatomie démontra l'insuffisance d'un drainage, même effectué dans de bonnes conditions; il n'avait pas empêché la récurrence. Il favorise les fistules qu'il entretient pendant longtemps; elles sont signalées dans de nombreuses observations. Heldreich, cite le cas d'un enfant laparatomisé avec succès, auquel le drainage laissa une fistule qui, dans l'espace de six semaines, donna issue à une dizaine de lombrices; la fistule se ferma dans la suite. Des malades guéris, ayant pris de l'embonpoint, sont incommodés par ces fistules qui auront d'autant moins de tendance à se tarir, que le terrain est favorable à leur entretien.

Marion Sims, ayant constaté que la mort, après la laparatomie, était souvent due à la septicémie et qu'on trouvait un exsudat altéré dans le péritoine, conseilla de drainer par le sac de Douglas. L'enthousiasme fut de courte durée; on se demanda si le drainage n'était pas une complication inutile, dangereuse, en laissant la porte ouverte à l'infection; il fut abandonné. Il n'y a qu'à renoncer, en principe, au drainage, parce qu'il n'empêche pas les récurrences, il ne garantit pas l'écoulement, il favorise les adhérences, les fistules, retarde la guérison, appelle l'infection. Il est des cas qui imposent le drainage: si l'on a trouvé un épanchement séro-purulent, si l'on a à craindre un épanchement hémorrhagique abondant, le drainage reprend ses droits. Quand on tombe sur une poche à parois épaisses, restant distendues et ne s'affaissant pas après l'évacuation du pus, il faut craindre que l'accumulation de l'exsudat ne retarde l'accolement des parois déjà rigides et il faut drainer. Lorsque, durant l'intervention, on a détruit des adhérences, réséqué des lambeaux péritonéaux, enlevé des annexes et qu'on redoute un suintement hémorrhagique abondant, il est prudent, indispensable même, de drainer; le procédé de drai-

nage qui convient le mieux, est celui de Mikuliez; il a l'avantage d'être antiseptique et puissamment hémostatique : bourrer une partie de la cavité péritonéale avec de la gaze antiseptique de façon à séparer, grâce aux adhérences qui ne tardent pas à se former, la région tamponnée du reste de la séreuse; on peut substituer au Mikuliez typique le simple placement de lanières de gaze, procédé qu'emploie souvent M. Forgue.

Dans tous les cas, il faut supprimer de bonne heure le drainage pour éviter les fistules qui, dans les conditons présentes, sont encore plus fréquentes que dans les ascites généralisées; sur sept cas, en effet, où ce drainage a été fait et les malades suivis, on a vu cinq fois persister des fistules, qui ont duré de longs mois et même dans un cas, un an et demi (Aldebert).

SUITES OPÉRATOIRES. — QUELQUES COMPLICATIONS

Les suites opératoires sont normales en général. Il faut surveiller rigoureusement l'opéré pour qu'il ne s'expose pas à des accidents septiques; il gardera l'immobilisation au lit dans une chambre à température constante; l'alimentation sera exclusivement lactée au début; on veillera aux selles; purgation saline; si la douleur le gêne, une potion opiacée à doses fractionnées et variables, suivant l'âge. Les fils seront enlevés du huitième au douzième jour.

M. Estor ne touche au pansement, d'un mois; un bandage compressif sera maintenu en permanence sur l'abdomen; en un mot, ligne de conduite habituelle à toute laparatomie.

L'opération est suivie, quelquefois, d'*incidents*; les jours qui suivent l'intervention, on peut constater une nouvelle accumulation de liquide qui, très souvent, disparaît de lui-même au bout de peu de temps; cette récurrence partielle cède à l'emploi de moyens qui, sans l'opération, eussent été insuffisants. Weinslein a obtenu la guérison en faisant suivre la laparatomie d'un

massage abdominal et de frictions avec l'onguent mercuriel. Pinard et Kirmisson, ayant vu le liquide se reproduire cinq jours après l'opération qu'ils avaient pratiquée sur un enfant, ont établi une série d'injections de sérum de chien ; ce traitement leur a réussi. Ausset, de Lille, s'est bien trouvé de la radiographie. Les ponctions, qui avant l'opération restaient absolument inefficaces, ont eu souvent facilement raison de la réaccumulation du liquide. Si l'ascite reproduite reste stationnaire, à plus forte raison si elle augmente, il ne faut pas hésiter à faire une nouvelle laparatomie ; dans l'exposé des diverses méthodes, nous avons cité tout au long les auteurs qui devant cette complication ont ouvert le ventre une seconde fois ; ce traitement a été couronné d'un plein succès ; il leur a même permis de voir la réparation anatomique des lésions tuberculeuses (Obs. XXX). La récurrence est survenue dans un intervalle plus ou moins éloigné ; une malade de Franck reste, pendant trois ans, en excellente santé ; puis, au bout de quatre ans, elle voit son abdomen se distendre. Malgré ces contretemps, c'est un des avantages de l'opération de procurer à ces malades une amélioration importante, à longue échéance, et qui, très souvent, tourne à la guérison.

On a mentionné, à propos des récurrences, la possibilité d'une rupture spontanée de la cicatrice, consécutive à la réapparition en abondance du liquide ascitique ; la désunion se serait produite le 23^{me} jour dans un cas de Bentok ; cette surprise n'est pas fréquente ; nous la citons à titre de curiosité et pour faire ressortir les avantages d'un pansement bien fait. D'autres malades, guéris de leur péritonite tuberculeuse, ont repris leur travail (et leur embonpoint) ; ils ont négligé de porter une ceinture abdominale ; ils sont revenus à l'hôpital avec une éviscération, une hernie ; on cherchera à éviter les suites opératoires en faisant une suture soignée, en expliquant à l'opéré

les dangers auxquels il s'expose s'il ne suit pas à la lettre les préceptes du chirurgien. On a signalé aussi des fistules intestinales secondaires ; on cite deux cas de ces fistules stercorales survenues plusieurs mois après l'intervention dont elles sont indépendantes et qui ont fait éclater la suture peu après leur formation (Aldibert, obs. 18, 74). On note plus souvent l'ulcération des bords de l'incision ; c'est une inoculation contagieuse de la plaie ; on panse ces ulcérations aseptiquement ; Jalaguier emploie les cautérisations à l'acide lactique. Nous mentionnons des abcès consécutifs au rejet d'un fil.

Avec la technique opératoire moderne, la mortalité opératoire est réduite au minimum. Dans une des statistiques les plus récentes (Margarucci) portant sur 253 cas, elle n'a été que de 2,76 pour 100. Si l'on élimine les cas dans lesquels on opère pour obstruction intestinale, l'intervention n'est donc pas dangereuse par elle-même.

L'amélioration s'accuse par le relèvement de l'état général, le retour de l'appétit, l'augmentation de poids, et localement, par la disparition de ces masses de péritonite plastique qu'on trouvait énormes au moment de l'opération. A côté des observations de Keetly, Schmitz, etc., Legueu cite celle de Schmal-fuss, où cinq mois après la laparatomie on ne retrouve plus, sous le chloroforme, la tumeur, que l'examen avait montrée avant l'opération remplissant le bassin et la cavité abdominale jusqu'à l'ombilic. Le traitement général, en tous cas, ne devra jamais être oublié ; si, parmi les moyens que nous avons à notre disposition pour guérir la péritonite tuberculeuse, l'intervention chirurgicale est le plus efficace, nous devons recourir aux autres pour renforcer son action, pour maintenir les résultats acquis. Les médecins reprennent ainsi, sous leur domaine, mais pas exclusif, la tuberculose du péritoine ; le malade amélioré n'en est pas moins un valétudinaire toujours

en éminence de réveil de tuberculose et dès lors justiciable des prescriptions de pareils cas appliquées jusqu'à la guérison complète. Nous touchons à la fin de notre thèse : l'exposé des diverses théories émises sur le mode d'action de l'intervention chirurgicale.

VIII

MODE D'ACTION DE LA LAPARATOMIE

Si cette méthode, née d'une heureuse erreur de diagnostic, avait attendu pour se généraliser, l'explication exacte, scientifique de son mode d'action, elle ne serait pas encore un traitement ; la péritonite tuberculeuse n'aurait pas été distraite du cadre de la pathologie interne. On a essayé de saisir, d'expliquer tout au moins, par quel mécanisme la laparatomie amenait la guérison dans la tuberculose du péritoine ; les théories en sont succinctes et assez nombreuses ; aucune ne satisfait l'esprit ; le mode d'action reste encore empirique ; il est pour nous presque aussi obscur qu'était obscure l'ascite autrefois pour les anciens médecins.

Cameron, de Huddersfield, pense que la guérison s'obtient en enlevant les ptomaïnes qui résultent de l'évolution du bacille dans le tubercule et qui sont accumulées dans le liquide ascitique ; enlever ce liquide toxique c'est faire disparaître du même coup les phénomènes d'intoxication chronique.

Cabot admet qu'en évacuant le liquide péritonéal, on supprime un milieu de culture pour le bacille ; on favorise la production d'adhérences, qui deviennent fibreuses et étouffent les tubercules ; c'est aussi la théorie de *Cecherelli*.

D'après *Wan de Warker*, l'évacuation du liquide améliore l'état de la respiration et de la circulation ; elle fait disparaître l'influence paralysante de la séreuse enflammée sur les

fibres musculaires sous-jacentes et par suite l'auto-intoxication qui succède à la rétention du contenu intestinal.

Weinstein croit que la laparatomie agit en diminuant la pression intra-abdominale, en déterminant une inflammation plus vive oblitérant les vaisseaux et empêchant la reproduction de l'exsudat.

Vierordt donne une explication qui est la résultante de la première proposition de *Weinstein* et de la dernière de *Wan de Warker*.

Kœnig dit que la guérison est produite par transformation fibreuse ; le foyer initial, l'intestin, seraient déjà en voie de guérison au moment de l'intervention.

Brühl considère la péritonite tuberculeuse comme une tuberculose locale, il la compare aux synovites et explique la guérison par un processus identique.

Routier invoque l'action irritative de l'organisme contre le tubercule.

D'Urso, de Naples (1895), a étudié le processus histologique de la guérison de la péritonite bacillaire après l'intervention ; ce processus consiste essentiellement en une invasion de leucocytes qui provoquent une désagrégation de la zone épithéliale des tubercules avec fragmentation des cellules géantes, une néoformation des vaisseaux embryonnaires se poursuivant jusqu'au centre du tubercule et enfin la substitution à ce dernier d'un tissu inflammatoire.

Gatti, de Turin (1897), après des recherches minutieuses opérées dans le laboratoire même d'anatomie-pathologique de l'hôpital Mauriziano, sur la guérison de la tuberculose péritonéale après la laparatomie, est amené aux conclusions suivantes : la laparatomie agit d'une manière tout à fait différente, suivant la période à laquelle elle est pratiquée, elle reste sans effet si les tubercules ne sont pas bien développés, la tuberculose évolue alors ultérieurement malgré l'intervention ; la

maladie disparaîtrait si l'incision est pratiquée, pendant la période de la tuberculose fibreuse. L'auteur italien est conduit à cette conclusion : l'ouverture de la cavité abdominale crée des conditions défavorables pour l'existence et la multiplication des bacilles de Koch. Les protéines fournies par ces microbes, après leur destruction, provoqueraient ensuite la dégénérescence hydropique des cellules épithélioïdes. L'agent qui produirait cet effet nocif serait la sérosité dont il a pu constater la présence dans la cavité abdominale, les premiers jours qui suivaient la laparatomie.

Notzel fait, au XXVII^e Congrès de la Société allemande de chirurgie, 16 avril 1898, une communication dans laquelle il dit que la résorption des micro-organismes par la séreuse abdominale ne joue point le rôle principal dans les moyens de défense de l'organisme contre la péritonite, mais que ce rôle revient surtout à la destruction des microbes dans la cavité abdominale même. La sérosité qu'elle renferme posséderait un pouvoir bactéricide plus considérable que celui du sérum sanguin.

Nous passons à des interprétations d'un autre genre : l'irritation directe du péritoine par la lumière, l'assèchement, l'air.

Lauenstein (1890) admet une action directe sur le processus tuberculeux ; pour lui, la sécheresse et la lumière sont nuisibles au bacille ; l'évacuation du liquide, l'exposition de la séreuse à la lumière solaire, diminuent beaucoup sa résistance, gênent son développement ultérieur et suffisent à expliquer l'action bienfaisante de la laparatomie dans le traitement de la péritonite tuberculeuse.

Mosetig-Moorhof (1893) pense que l'efficacité de la laparatomie dans la péritonite tuberculeuse réside dans l'irritation provoquée par l'introduction de l'air dans la cavité abdominale. Follet partage cette manière de voir, en proposant des injections d'air comme traitement.

Duran, de Barcelone (Congrès de Moscou, 26 août 1898), attire l'attention sur cette interprétation ; des nombreuses observations publiées, on arrive à se convaincre que c'est à l'action de l'air sur la séreuse péritonéale qu'il faut attribuer la plus grande partie, sinon la totalité de l'effet obtenu, le contact de l'air et la réaction irritative qu'il provoque sur le péritoine étant nocifs pour le bacille tuberculeux.

Teissier (Congrès de la tuberculose, 30 juillet 1898), croit que la pénétration de l'air a une certaine importance dans le mode de guérison ; il est tenté de l'attribuer aux principaux gaz entrant dans la composition de l'air (azote et oxygène) ; il a des expériences en cours, il cherche si cette action s'exerce également sur la virulence du microbe.

Spæth puis *Henoch* ont pensé que les péritonites qui guérissent après l'intervention sont des péritonites chroniques non tuberculeuses ; *Prochownick* émet les mêmes réserves ; *Henoch* base son opinion sur un cas. L'examen bactériologique ne permet pas à cette hypothèse d'avoir des adeptes ; dans de nombreuses observations cet examen a établi d'une façon certaine la nature bacillaire de la péritonite qu'ont encore confirmée les inoculations aux animaux. Il serait illogique de conclure que toutes les péritonites opérées, diagnostiquées tuberculeuses par des cliniciens en renom n'étaient pas bacillaires, parce qu'il leur manquait l'examen bactériologique. D'ailleurs, cette interprétation, l'acceptant même comme sérieuse, ne jette pas un jour nouveau sur le processus curateur ; elle n'arrête pas non plus l'intervention puisqu'elle ne lui refuse pas l'action curatrice.

Si nous étions invité à donner sur le mode de guérison, notre interprétation, résultante de ces diverses conceptions, nous dirions :

La cavité péritonéale est une cavité virtuelle et non pas réelle ; il est facile de s'en convaincre, lorsqu'on pratique

rapidement une laparatomie ; l'ouverture de l'abdomen établit une modification de pression sur les tissus si sensibles du péritoine, sur les vaisseaux à parois fines qui les parcourent ; l'afflux de l'air remplit le rôle de corps étranger attaquant un point de l'organisme. Nous faisons ici intervenir la théorie séduisante de Metschnikoff : « toutes les cellules migratrices éparses aux environs accourent à la défense » du point menacé, elles trouvent un aide, elles sont plus heureuses qu'au premier appel qui avait permis au bacille de rester maître de la lutte ; « des éléments issus des cellules conjonctives, des globules blancs attirés à travers les parois vasculaires, se réunissent aux cellules migratrices et grâce à leurs mouvements amiboïdes », entourent une seconde fois les anciens envahisseurs, le bacille de Koch attaqué *intus et extra* est enveloppé, « incorporé dans leur protoplasma et digéré. »

Le bacille de Koch ne trouve pas toujours dans la cavité péritonéale de l'homme un milieu favorable à exalter sa virulence ; il s'était glissé à la suite d'un oubli de résistance de l'organisme ; il y vivait en parasite tranquille, détruisant capricieusement la défense du sujet, attendant la fin de toute opposition pour manifester sa toute-puissance. L'ouverture de la cavité abdominale, abstraction faite du reste, a été un orage pour ses cultures ; on sait avec quelle facilité les cultures de bacilles de Koch perdent leur virulence et meurent. Le tubercule est une néoplasie délicate, fragile, peu résistante surtout, quand on peut l'atteindre directement ; il est là, très superficiel, il semble uniquement séparé de la cavité péritonéale par une simple couche endothéliale (Rindfleisch) ; l'ouverture de la cavité abdominale a réveillé toute la vigueur de la séreuse ; sa révolte jointe au trouble des cultures a détruit le tubercule. L'exsudat que l'on trouve les premiers jours de l'opération dévient ainsi la preuve de la lutte, il en constituerait les débris, les déchets. On est en droit de se demander si en

dehors de l'action pour ainsi dire traumatique produite par l'air, il n'y a pas dans l'air quelques particularités qui agissent comme cause directe. L'azote? l'oxygène? comme le croit Teissier, de faibles quantités d'ozone (M. Labbé a cité récemment trois cas de tuberculose pulmonaire guéris par l'ozone); quelque corps impondérable encore inconnu? ou mieux: l'ensemble de tous les corps qui entrent dans la composition de l'air, modifiant la séreuse si sujette à réaction, et dont la structure, la vascularisation, l'innervation si riches, ont peut-être des propriétés qui nous échappent?

Si l'on ne peut se borner qu'à des hypothèses pour expliquer le phénomène de la guérison après la laparatomie, si le mystère persiste encore, les résultats obtenus restent d'une évidence scientifique. Le point le plus important est acquis dès à présent: le tubercule peut disparaître en tant que nodosité caractéristique d'une bacillose existante; la guérison de la tuberculose péritonéale peut être non seulement clinique, mais complète au point de vue anatomique; raisons suffisantes pour expliquer l'intervention chirurgicale si elles n'expliquent pas l'action chirurgicale.

CONCLUSIONS

I. — L'intervention chirurgicale est le seul traitement rationnel de la péritonite tuberculeuse avec épanchement, le moyen le plus puissant qu'on puisse opposer à la maladie.

II. — L'ouverture du ventre doit être pratiquée dès que le diagnostic est posé, ou comme élément de diagnostic quand la clinique est impuissante à expliquer l'épanchement.

III. — L'opération n'est pas grave ; elle est au contraire de la plus grande bénignité ; la guérison peut être obtenue dans toutes les formes, toutes les variétés ; elle est définitive souvent ; durable presque toujours ; même dans les cas qui doivent se terminer fatalement, l'opération est toujours suivie d'une amélioration marquée.

IV. — Le traitement chirurgical n'exclut pas la thérapeutique médicale.

V. — Le mode de guérison est encore à l'étude.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Montpellier, le 3 janvier 1899.

Le Recteur :

ANT. BENOIST.

VU :

Montpellier, le 3 janvier 1899.

Le Doyen,

L. VIALLETON

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ALDIBERT. — Thèse Paris, 1892.
- ALEXANDROFF. — *Wratch*, t. XII, 1891, n° 6, p. 165.
- ALLEAUME. — Thèse Paris, 1894.
- AMERIC. — *Journal of. Obst.*, New-York, 1887.
- Annales Gynécologie*, 1889-1892.
- ANGIRANY. — Thèse Montpellier, 1895-96.
- ARAN. — *Union médicale*, 1858.
- AUSSET. — *Echo méd. du Nord*, novembre 1898.
- AUDRY. — *Lyon méd.*, 1887, p. 327.
- BARKER. — *British med. J.*, 1890, p. 124.
- BAUMGARTNER. — *Arch. f. gg. Bd.*, t. XXV, p. 160.
- BIAT. — Thèse Paris, 1884.
- BOULLAND. — Thèse Paris, 1885.
- BOUILLY. — *Soc. chirurg.*, mars 1892.
- BRÜHL. — *Gaz. hôpit.*, 1890, 1137.
- BRAULT. — *Gaz. hôpit.*, juillet 1898.
- Bulletin Société chirurgicale*, t. XI, XVI, XVIII.
- CABOT. — *J. B. med. and Surg.*, CXIXIII, 123.
- CAZAL (DU). — *Soc. méd. Hôp.*, 16 mai 1897.
- CATRIN. — *Soc. méd. Hôp.*, mai 1895.
- CARVI. — *Centralbt. f. chirurg.*, 1892.
- CECHERELLI. — *Reforma medica*, 1889. *Sem. méd.*, 1889.
- CELLIER. — Thèse Toulouse, 1895-1896.
- CECI. — *Reforma med.*, nov. 1891.
- CASATI. — *Acad. med. Ferrare*, 15 décembre 1896.
- CLAVIER. — Thèse Paris, 1894.
- COURTIN. — *Revue chirurgie*, 1893.
- CLACKE. — *Brit. med.*, 1887, 996.
- DEMONS. — *In th. Maurange*, 1889.

- DEMOSTHÈNE. — In *Congrès chirurgie*, octobre 1889.
DOBROKLONSKI. — *Archiv. méd. expér.*, mars 1890.
DUNCAN. — *Austral. med. J.*, 1891, p. 188-206.
DEBOVE. — *Soc. méd. Hôp.*, 1890-1891.
DELBET. — *Des suppurations pelviennes*, 1891.
DUPLAY. — Clin. Hôtel-Dieu, 1898.
DURAN. — Congrès de Moscou, 26 août 1897.
ELDER. — *British Med. J.*, 1891-1892.
ELMASSIAN. — Thèse Paris, 1890.
FOLLET. — *Acad. méd.*, 27 novembre 1894.
FORGUE. — *Gaz. médic.*, nov. 1897.
FORGUE et RECLUS. — *Traité de thérapeutique chirurgicale*.
GUASTAVINO. — *Gaz. med. Lomb.*, Milano, 1891.
GLUCK. — *Soc. Med.*, Berlin, 10 juin 1896.
GAUDERON. — Thèse Paris, 1876.
GUÉNEAU DE MUSSY. — *Cl. méd.*, 1871, t. II.
GRATIEN. — Thèse Paris, 1894.
GRISOLLE. — *Traité cl. et prat. Pathologie int.*, 1857.
GATTI. — *Arch. f. klin. chir.*, LIII, 3.
GUIGNABERT. — Thèse Paris, 1893.
HARTLEY. — *Med. chir. Soc.*, janvier 1899.
HELMERICH. — *Die Therap. Wundlungen Rascl.*, 1892.
HELDRICH. — *Gaz. med. Strasbourg*, 1890.
HENOCH. — *Berl. Klin. Woch.*, janv. 1897. *S. nod. Berl.*, nov. 1891.
HENDERICH. — *Sem. médicale*, 1886.
HOCHAUS. — *Dent. nod. Noch*, 1887.
HULLER. — *Sem. méd.*, 1889, p. 129.
HOMANS. — *The Lancet*, avril 1888, p. 268.
JACOBI. — *Med. News*, février 1886.
JALAGUIER. — *Traité chirurgie*, t. VI.
JEANNEL. — Congrès de Toulouse, 1887. Thèse Lafont, 1894.
JOHNSTON et THOMPSON. — *J. of Americ. Assoc.*, 1889, p. 742.
JONESCO. — *Revue chirurgie*, mars 1891, p. 185.
JACOBS. — *Cliniques*, Bruxelles, avril, juillet 1890.
KEETLY. — *The Lancet*, 1890, t. II, p. 1028.
KELLY. — *Univ. Med. Mag.*, avril 1889, p. 400.
KIRMISSON. — *Congrès tuberculose*, août 1891..
KNAGGS. — *The Lancet*, octobre 1886.

- KOCHS. — *Americ. J. of. Obs.*, novembre 1891.
- KÖNIG. — *Cent. f. Chir.*, Læpzig, 1890.
- KUMMEL. — *Méd. chir. Cent. Wiener* 1889. *Arch. f. Kl. ch.*, Berlin, 1888.
Cent. bltt. f. chir., 1887. *Deut. med. Woch.* 1889.
- LABBÉ. — *Congrès chirurgie.*, Paris, 1889.
- LANNELONGUE. — *In Maurange*, thèse Paris, 1889.
- LANDOUZY. — *Sem. méd.*, 2 juin 1891.
- LAUEUSTEIN. — *Centralb. f. chirurg.* Leipzig, octobre 1890. *Centr. f. Klin chir.*, t. XXII.
- LAWSON-TAIT. — *Edimb., M. J.*, nov. et déc. 1889.
- LAFONT. — Thèse Toulouse, 1894.
- LEJARS. — *Gaz. Hôpitaux*, décembre 1891. *Société chirurgie*, 21 juin 1898.
- LEGUEU. — *Semaine médicale*, 1894, p. 65.
- LENOIR. — Thèse Lille, 1895-1896.
- LEGENDBE. — *Soc. méd. Hôp.*, mai 1895.
- LINDFORS. — *Elt. bid. tell. teck. chir.* Lund. 1889.
- LÖHLEIN. — *Sem. méd.*, t. CCXXII, 1896.
- Mlle LICHTERMANN. — Thèse Paris, 1890.
- MARGARUCCI. — *XI R. chir. Ital.*, octobre 1896.
- MAURANGE. — Thèse Paris, 1889. *Gaz. hebdomadaire*, septembre 1897.
Marseille-Médical, t. I, p. 29, 1892.
- MARFAN. — *Pres. méd.*, avril 1894.
Montpellier-Médical, 1887, p. 131.
- MALAPERT. — *Soc. chirurg.*, 17 mars 1897.
- MALEN. — *Nedul*, 1893, n° 23.
- MOSETIG-MOORHOF. — *Wiener med. press.*, 1^{er} janv. 1891 et 2 juil. 1898.
- MONNIER. — *Rev. cl. et therap.*, 11 nov. 1891.
- MONTGOMÉRY. — *Améric. As. of Obst. aud. Gyn.*, 1888, p. 45.
- NETTER. — *Soc. méd. hôp.*, mai 1895.
- NOTZEL. — *XXVII^e Congrès chir. All.*, avril 1898.
- NAUMANN. — *Laparatomie nelsa hygica*. Stockholm, 1890.
- PARKES. — *The Ann. J. of. med. soc.*, 1890, t. II, p. 266.
- PEAN. — *Gaz. Hôp.*, 1886, n° 68.
- PIC. — Thèse Lyon, 1892.
- POLAILLON. — *Jour. méd.*, octobre 1888.
- PONCET. — *In Pic thèse*, 1892.
- PRIBRAM. — *Med. Chir. Cent. Wiener*, 1887, p. 580.

- PICQUÉ. — *Semaine Médicale*, 1893, p. 468.
- PINARD. — *Sem. méd.*, 1891, p. 313 ; *Congrès Tuberc.*, 1891.
- QUENU. — *S. ch.*, 27 mars 1897.
- REYNIER. — *Soc. chir.*, 17 mars 1897.
- RICHELOT. — *Un. méd.*, juillet 1891 ; *Bull. S. ch.*, 1892 ; *In Clavier* thèse, 1895.
- RISPAL. — Thèse Toulouse, 1892.
- RICHARDIÈRE. — *Méd. mod.*, 20 décembre 1893.
- ROERSH. — *Rev. ch.*, 1893.
- ROUTIER. — *Sem. méd.*, 1893, p. 483 ; *Méd. mod.*, avril 1893 ; *Soc. ch.*, 1890.
- RENDU. — *S. méd. H.*, 1895.
- ROSS. — *Canad. Prast. Tr.*, mai 1891, n° 9.
- SCHED. — *Centrbltt. f. Gyn.*, 1887, p. 822 ; *Soc. méd.*, Hambourg, mai 1893.
- SCHMALFUSS. — *Centrbltt. f. Gyn.*, août 1887, décembre 1889.
- SCHMIDT. — *Centrbltt. f. Gyn.*, août 1889.
- SCHMITZ. — *Centrbltt. f. Gyn.*, n° 21, 1891.
- SCHWARTZ. — *Wien. med. Woch.* 1887, t. XXXVII, p. 498.
- SPAETH. — *Centbltt f. chir.*, 1889, p. 656.
- SPILLMANN. — *Méd. mod.*, octobre 1894.
- SYMS. — *New-York M. J.*, 1891, p. 141.
- TAPRET. — Thèse Paris, 1878.
- TERRILLON. — *Cl. chir.*, 1889. *Bull. méd.*, juil. 1889. *Sem. méd.*, 1890. *R. S. ch.*, 1892.
- TEISSIER. — *Cong. tuberc.*, 30 juillet 1898.
- TRUC. — Thèse agrégation, 1886.
- VAUTRIN. — *Soc. chir.*, t. XV, page 131.
- VIERORDT. — *Deut. Arch. f. Klin. Med. mod.*, 1890.
- WARKER. — *J. of. obst. New-York*, 1887, p. 932.
- WEINSTEIN. — *Méd. Bloetta*, 1887, p. 528.
- WELLS (SPENCER). — Tumeurs de l'ovaire, 1883.
- WHEELER. — *Boston. M. S. J.*, 1890, t. II, p. 241.
- YAROSHENSKI. — *Soc. méd. de Kiew*, avril 1898.
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
